



CATO'LICA
— **FACULDADE DE**
MEDICINA DENTÁRIA
UISEU

IMPACTO SOCIAL E ECONÓMICO DA SAÚDE ORAL EM PORTUGAL

Dissertação apresentada à Universidade Católica Portuguesa
para obtenção do grau de Mestre em Medicina Dentária

Por:

Nuno André Pinto Carvalho Silva

Viseu, 25 Junho de 2026

Membros do Júri das Provas Públicas

Presidente: Doutora Raquel Monteiro Marques da Silva, Professora Associada da Faculdade de Medicina Dentária do Centro Regional de Viseu da Universidade Católica Portuguesa

Arguente: Doutor Hélder António Ferreira Pereira Costa, Professor Auxiliar da Faculdade de Medicina Dentária do Centro Regional de Viseu da Universidade Católica Portuguesa

Orientador: Doutor Nélcio Jorge Veiga, Professor Associado da Faculdade de Medicina Dentária do Centro Regional de Viseu da Universidade Católica Portuguesa

Data das provas públicas: ____ / ____ / ____

Classificação: _____



CATOLICA
— **FACULDADE DE**
MEDICINA DENTÁRIA
UISEU

IMPACTO SOCIAL E ECONÓMICO DA SAÚDE ORAL EM PORTUGAL

Dissertação apresentada à Universidade Católica Portuguesa
para obtenção do grau de Mestre em Medicina Dentária

Por:

Nuno André Pinto Carvalho Silva

Orientador: Prof. Doutor Nélío Jorge Veiga
Coorientadora: Prof.^a Doutora Patrícia Couto

Viseu, 25 de Junho de 2026

Dedicatória

Dedico este trabalho, com um carinho especial, aos meus pais.

Por todo o trabalho, a entrega e o sacrifício que me foram proporcionados ao longo da minha vida, por nunca terem desistido de mim, mesmo nos momentos mais complicados, e por sempre terem apostado no meu futuro com amor, humildade e esperança. Todo o que alcancei até agora é resultado da vossa determinação, apoio eterno e fé constante nas minhas habilidades.

Grato por me ensinarem a importância do esforço, da determinação e da superação. Esta fase não é apenas um marco acadêmico, mas sim o resultado de tudo o que fizeram por mim ao longo dos anos. Sem vocês, nada disto teria sido possível.

À minha namorada, expresso também um agradecimento sincero por todo o suporte, compreensão, motivação e pela sua constante presença durante esta jornada. Agradeço por estares ao meu lado nos períodos de maior desafio, por confiares em mim e por me ofereceres ânimo para prosseguir, mesmo quando a jornada parecia mais complicada.

A vocês, com amor, respeito e gratidão, dedico esta vitória.

Agradecimentos

Esta dissertação, agora concluída, simboliza o fim de um ciclo de amadurecimento académico, pessoal e profissional que não teria sido possível sem o apoio e colaboração de várias pessoas que estiveram presentes durante esta jornada.

Prof. Nélcio Veiga, meu orientador, e Prof. Patrícia Couto, minha coorientadora, agradeço sinceramente pela disponibilidade, empenho, apoio e atenção ao longo de toda esta jornada. A orientação científica, a disposição constante em esclarecer dúvidas e o estímulo nos momentos mais críticos foram decisivos para a elaboração desta dissertação.

Quero também expressar um agradecimento muito especial à Professora Maria José e ao Professor Nuno Rosa. Foram os primeiros professores que contactei ao ingressar nesta instituição e foram também eles que me avaliaram nas provas de ingresso, um momento decisivo no arranque deste percurso académico. Cada um teve um papel muito importante nesta caminhada e deixou a sua marca, de forma muito significativa, no meu percurso académico e pessoal.

Agradeço, em especial, à Professora Raquel Monteiro pela sua disponibilidade, atenção e apoio desde o início deste percurso. Foi uma das primeiras pessoas a quem procurei quando tive dúvidas, preocupações e quem me fez acreditar e ter coragem para enfrentar esta nova etapa da minha vida.

Todos estes professores serão sempre lembrados com grande respeito, gratidão e admiração.

A todos, o meu profundo agradecimento.

Resumo

A saúde oral é essencial para a saúde e qualidade de vida, impactando os aspetos físicos, psicológicos, sociais e económicos. Apesar dos avanços, ainda há desigualdades no acesso à saúde, principalmente por fatores socioeconómicos, baixos níveis de literacia e limitações nas políticas públicas. A perceção dos profissionais de saúde oral é fundamental para reconhecer barreiras no acesso a cuidados, desigualdades sociais e limitações das estratégias atuais.

Este estudo foi motivado pela análise da perceção dos profissionais de saúde oral sobre o impacto socioeconómico da saúde oral em Portugal. Foi feito um estudo observacional, transversal, quantitativo e descritivo com um questionário online autoaplicado a médicos dentistas e higienistas orais das regiões Centro e Norte. A ferramenta de recolha de dados teve 46 itens, divididos em duas seções: caracterização sociodemográfica e profissional e perceções sobre desigualdades em saúde oral e acesso aos cuidados. Os resultados mostraram uma visão crítica sobre a saúde oral da população portuguesa, destacando as disparidades socioeconómicas, barreiras ao acesso e a baixa literacia em saúde oral. Os profissionais identificaram consequências das doenças orais na qualidade de vida, autoestima, produtividade e inclusão social, além de falhas nas políticas públicas. A saúde oral da população portuguesa não melhorará sem estratégias integradas, preventivas e justas que aumentem o acesso aos cuidados, incentivem a educação em saúde oral e incluam a medicina dentária nas políticas de saúde. Está claro que a saúde oral da população portuguesa não será efetivamente melhorada sem um desenvolvimento mais integrado, preventivo e equitativo das estratégias em saúde oral, que reforcem o acesso aos cuidados, promovam a literacia em saúde oral e integrem a medicina dentária nas políticas públicas de saúde.

Palavras-chave: saúde oral, desigualdades socioeconómicas, acesso aos cuidados, literacia em saúde, políticas públicas.

Abstract

Oral health is essential to overall health and quality of life, impacting physical, psychological, social, and economic dimensions. Despite the advances achieved over recent decades, significant inequalities in access to oral healthcare still persist, particularly those associated with socioeconomic factors, low levels of health literacy, and limitations in public health policies. In this context, the perceptions of oral health professionals are particularly relevant for identifying barriers to healthcare access, social inequalities, and limitations in current oral health strategies.

This study aimed to analyse oral health professionals' perceptions regarding the socioeconomic impact of oral health in Portugal. An observational, cross-sectional, quantitative, and descriptive study was conducted using an online self-administered questionnaire distributed to dentists and oral hygienists from the Centre and Northern regions of Portugal. The data collection instrument included 46 items divided into two main sections: sociodemographic and professional characterisation, and perceptions regarding oral health inequalities, access to care, and public health policies.

The results revealed a predominantly critical perception regarding the oral health status of the Portuguese population, highlighting socioeconomic disparities, barriers to access to care, and low levels of oral health literacy. Professionals also identified significant consequences of oral diseases on quality of life, self-esteem, productivity, and social inclusion, as well as important limitations in existing public health policies.

It is evident that the oral health of the Portuguese population will not improve effectively without the development of more integrated, preventive, and equitable oral health strategies, aimed at strengthening access to care, promoting oral health literacy, and integrating dentistry more effectively into public health policies.

Keywords: oral health, socioeconomic inequalities, access to care, health literacy, public policies

Índice

1.	INTRODUÇÃO	1
1.1	Conceito de Saúde Oral (OMS).....	3
1.2	Relação com Saúde Geral e Qualidade de Vida	4
1.3	Desigualdades Sociais e Acesso Desigual a Cuidados de Saúde Oral.....	5
1.4	Barreiras Económicas e Literacia em Saúde Oral	6
1.5	Evidência Científica sobre Associação entre Nível Socioeconómico e Doenças Orais	7
1.6	Consequências: Exclusão Social, Dor, Baixa Autoestima e Perda de Produtividade	8
1.7	Dados da DGS, OMD, Cheques-Dentista e Políticas Públicas.....	8
1.8	Perceções dos Profissionais sobre Desigualdades no Acesso e Práticas Preventivas	10
1.9	Objetivo Geral e Objetivos Específicos do Estudo.....	11
2.	MATERIAIS E MÉTODOS	13
2.2	Método de Recolha de Informação.....	13
2.3	Participantes e Critérios de Inclusão	15
2.4	Procedimentos e Ética	16
2.5	Análise Estatística	16
3.	RESULTADOS	18
3.1	Caracterização da amostra.....	18
3.2	Perceção dos profissionais sobre o estado de saúde oral da população portuguesa.....	20
3.4	Perceção sobre políticas públicas e programas de promoção da saúde oral	28
3.5	Estratégias e áreas prioritárias de intervenção.....	31
3.6	Literacia e comportamentos em saúde oral	33
3.7	Impacto social e económico da saúde oral	36
4.	DISCUSSÃO	38
4.1	Interpretação Geral dos Resultados	38
4.2	Desigualdades Socioeconómicas e Acesso aos Cuidados de Saúde Oral.....	40
4.3	Literacia em Saúde Oral e Comportamentos Preventivos	42
4.4	Políticas públicas e integração da saúde oral no SNS	44
4.5	Impacto Social e Económico da Saúde Oral	46
4.6	Estratégias, Recomendações e Implicações para a Prática em Saúde Oral	49
4.7	Limitações do estudo.....	51
4.8	Contributos e implicações futuras	54
5.	CONCLUSÃO	57
6.	BIBLIOGRAFIA	58

1. INTRODUÇÃO

A saúde oral é atualmente reconhecida como uma componente essencial da saúde geral e do bem-estar individual e coletivo, assumindo um papel determinante na qualidade de vida, na integração social e na produtividade económica das populações. A Constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS) define saúde como um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas como a ausência de doença ou enfermidade, enquadramento conceptual que integra plenamente a saúde oral enquanto parte indissociável da saúde global e como um direito humano fundamental. Esta definição representa um avanço importante na perceção da saúde, ao reconhecer a sua natureza multidimensional e ao enaltecer a importância dos fatores sociais, económicos e culturais na geração de resultados de saúde [1].

Ainda que todo este referencial teórico exista, a saúde oral tem sido historicamente ignorada nas políticas de saúde pública, muitas vezes afastada dos sistemas de saúde e das estratégias de promoção da saúde a nível global. Esta marginalização reflete-se em uma abordagem principalmente curativa e reativa, focada na resolução de casos agudos de doença, em vez de investir em estratégias preventivas e estruturais. A clara separação entre o reconhecimento conceitual e a sua aplicação prática representa um dos maiores desafios atuais na saúde pública, intensificando as desigualdades no acesso aos cuidados e nos resultados em saúde oral

Simultaneamente, as doenças orais persistem como um dos problemas de saúde crónicos mais comuns em todo o mundo, atingindo pessoas de todas as idades e em todas as etapas da vida. A Organização Mundial da Saúde tem vindo a alertar para o facto de a cárie dentária, a doença periodontal e a perda dentária serem muito frequentes e partilharem fatores de risco com outras doenças crónicas não transmissíveis, como uma alimentação rica em açúcares, o tabagismo e o consumo excessivo de álcool [2].

Esta convergência de fatores de risco destaca a importância de uma abordagem integrada e intersectorial, ao invés de permitir que as respostas em saúde sejam fragmentadas. Em Portugal, mesmo com os avanços das últimas décadas, existem ainda grandes disparidades no estado de saúde oral da população. Segundo o Relatório Anual da Saúde Oral, existem disparidades significativas ligadas ao nível socioeconómico, à educação e à localização geográfica, o que indica que uma parte importante da população tem necessidades de tratamento que não são atendidas [3].

Estas disparidades são um reflexo das limitações estruturais do sistema de saúde, onde a medicina dentária ainda é amplamente excluída da cobertura universal, o que condiciona o acesso aos cuidados. A carga das doenças orais, em todo o mundo, não se limita apenas aos elevados custos diretos do tratamento, mas também abrange custos indiretos significativos relacionados com a perda de produtividade, absentismo no trabalho e as repercussões sociais da dor e da incapacidade funcional. A literatura internacional tem evidenciado que estas doenças constituem um encargo económico significativo, equiparável a outras doenças crónicas, o que sublinha a sua pertinência no âmbito da saúde pública e da economia da saúde.

Apesar da evidência sobre a magnitude e os determinantes das doenças orais, persistem limitações relevantes na forma como este fenómeno tem sido investigado. A maioria dos estudos privilegia uma abordagem predominantemente epidemiológica e clínica, focada na medição da prevalência e severidade da doença, não integrando de forma consistente as dimensões sociais, económicas e percecionais que condicionam a saúde oral. Esta perspetiva reducionista limita a compreensão do problema na sua totalidade e dificulta a identificação de estratégias de intervenção verdadeiramente eficazes e sustentáveis. Ainda há poucos estudos que examinem de forma sistemática como os profissionais de saúde oral veem o impacto socioeconómico da saúde oral. Como estão perto da prática clínica e de diferentes grupos de pessoas, esses profissionais estão em uma posição especial para identificar obstáculos no acesso, padrões de comportamento dos pacientes e limitações nos sistemas de saúde, podendo contribuir com informações de extrema relevância que muitas vezes são subestimadas nos estudos científicos.

Assim, torna-se imprescindível que se desenvolvam estudos que adotem uma perspectiva integrada e multidimensional, interligando os determinantes socioeconômicos, as barreiras de acesso, a literacia em saúde e o impacto na qualidade de vida. É neste contexto que se insere a presente investigação, procurando contribuir para uma compreensão mais ampla da saúde oral como fenómeno social e económico, bem como para a definição de estratégias e políticas públicas que promovam a equidade e aprimorem os resultados em saúde [4].

1.1 Conceito de Saúde Oral (OMS)

A saúde oral, nas últimas décadas, tem sido definida de maneira cada vez mais ampla, acompanhando a evolução da percepção sobre saúde e doença de forma geral. Inicialmente, com uma visão biomédica restrita, que considerava a saúde oral, essencialmente, como a ausência de doenças na cavidade oral, essa definição foi revelando sua insuficiência para abarcar a complexidade do fenómeno. A introdução de modelos biopsicossociais da saúde trouxe uma nova estrutura conceitual, na qual a saúde oral é entendida como um estado dinâmico, multidimensional, moldado continuamente pela interação de fatores biológicos, comportamentais, sociais e ambientais. A área da saúde oral tem conquistado um espaço significativo na saúde pública, principalmente devido à alta prevalência de doenças orais em todo o mundo. Está documentado que a cárie, a doença periodontal e a perda dentária ainda são muito prevalentes, principalmente entre os mais velhos. Isto resulta da exposição acumulada a fatores de risco ao longo da vida [5].

Este padrão epidemiológico evidencia que a saúde oral não pode ser vista como um estado permanente, mas sim como um processo dinâmico, influenciado de maneira constante e por diversos fatores. Mais do que uma questão meramente clínica, a saúde oral é, decisivamente, um fator de funcionalidade e qualidade de vida. A saúde oral é, sem dúvida, a responsável por toda a saúde do organismo, pois é através dela que se consegue mastigar, falar, sorrir e expressar emoções sem dor ou desconforto, o que também se reflete na nutrição, comunicação, autoestima e convívio social. A perda dessas funções pode, de forma intensa, afetar a autonomia do indivíduo, principalmente em grupos vulneráveis, como os idosos, que sofrem com a perda dentária e outras condições orais de

maneira mais frequente. É importante salientar que a saúde oral está profundamente conectada ao contexto social e económico no qual os indivíduos estão inseridos. Aspectos como a disponibilidade de serviços de saúde, os índices de alfabetização em saúde, os hábitos pessoais e as circunstâncias de vida impactam diretamente a condição de saúde oral. Dessa forma, a sua compreensão requer uma abordagem holística, que vá além do aspecto clínico e integre os determinantes sociais da saúde. Essa progressão conceitual enfatiza a urgência de incluir a saúde oral nas diretrizes de saúde pública e de implementar estratégias que favoreçam não apenas a prevenção de doenças, mas também o bem-estar integral dos cidadãos. [6].

1.2 Relação com Saúde Geral e Qualidade de Vida

A interação entre a saúde oral e a saúde geral é amplamente reconhecida como complexa e bidirecional, evidenciando como os distintos sistemas e dimensões do corpo humano se interligam e se influenciam mutuamente. A saúde oral não se limita à cavidade oral, pois as condições nas quais se encontram, têm consequências importantes para a saúde sistêmica, para o bem-estar psicológico e social e para a percepção geral de saúde dos indivíduos [7].

A necessidade de medir as consequências das condições orais no dia a dia tem resultado na criação de medidas específicas de qualidade de vida. Entre estes, o *Oral Health Impact Profile (OHIP)* tem sido particularmente recomendado porque permite avaliar o impacto das condições orais em várias áreas, incluindo dor física, desconforto psicológico e funções de incapacidade, além do impacto social. A comparabilidade entre os dois instrumentos, bem como sua validação em diferentes contextos populacionais, reforçam tanto sua robustez quanto sua utilidade para a pesquisa em saúde oral. Estudos indicam que a deterioração da saúde oral está relacionada à diminuição da qualidade de vida em vários aspectos, como a autoestima, o bem-estar emocional e a interação social [8,9,10].

Este efeito é especialmente significativo entre os idosos, cuja multiformidade aumenta a fragilidade e diminui a autonomia. Além disso, algumas condições, como a doença periodontal, têm sido ligadas a processos inflamatórios que afetam todo o corpo,

enquanto as disfunções temporomandibulares estão frequentemente associadas à dor crónica e a alterações psicológicas, como ansiedade e distúrbios do sono.

Esses exemplos demonstram como a saúde oral pode impactar várias áreas da saúde geral, destacando a importância de uma abordagem integrada. É igualmente importante ter em mente que a perceção da qualidade de vida relacionada à saúde oral é influenciada por fatores culturais, sociais e individuais, ressaltando a necessidade de incluir essas dimensões na avaliação dos resultados em saúde. Por conseguinte, a saúde oral não deve ser avaliada unicamente sob a perspetiva clínica, mas também considerando como ela afeta o dia a dia das pessoas. Esta visão leva, portanto, à investigação das desigualdades sociais que influenciam tanto o estado de saúde oral quanto o acesso aos serviços de saúde [11,12,13].

1.3 Desigualdades Sociais e Acesso Desigual a Cuidados de Saúde Oral

As desigualdades em saúde oral são, portanto, uma manifestação evidente das disparidades sociais em geral, mostrando como os determinantes sociais da saúde influencia tanto a distribuição das doenças quanto o acesso aos tratamentos. Segundo o Relatório Mundial de Saúde Oral, as doenças orais afetam de maneira desigual os grupos com menos recursos, evidenciando uma clara relação entre o estado de saúde oral e o nível socioeconómico [14].

Estas disparidades aparecem, por exemplo, com maior incidência e gravidade das doenças, assim como nos diferentes padrões de uso dos serviços de saúde. Pessoas de baixos rendimentos e com menor nível de escolaridade recorrem menos a cuidados preventivos e esperam até fases mais avançadas da doença, muitas vezes já em dor ou urgência. Além dos fatores individuais, as disparidades em saúde oral têm uma forte ligação com fatores estruturais, como a organização dos sistemas de saúde, a oferta de serviços e a localização dos profissionais. Em Portugal, como em muitos outros países, a falta de uma cobertura abrangente em saúde oral é um fator determinante que limita o acesso aos cuidados, especialmente para os grupos populacionais mais vulneráveis.

Também, a literacia em saúde, os hábitos de higiene oral e a exposição a fatores de risco ajudam a manter essas disparidades. A relação entre determinantes individuais e estruturais ressalta a complexidade do fenómeno e a importância de uma abordagem integrada. A literatura científica classifica as doenças orais como um dos principais desafios de saúde pública em todo o mundo, enfatizando a urgência de abordagens que promovam a equidade, integrem a saúde oral nos cuidados primários e tratem de forma abrangente os determinantes sociais da saúde. Assim, torna-se imprescindível investigar os fatores que influenciam o acesso aos cuidados, especialmente as barreiras económicas e sociais, assim como a literacia em saúde [15,16].

1.4 Barreiras Económicas e Literacia em Saúde Oral

As barreiras económicas são, sem dúvida, um dos maiores obstáculos ao acesso aos cuidados de saúde oral, especialmente em sistemas onde a cobertura pública é escassa ou inexistente. No que diz respeito a Portugal, mesmo com a existência de programas públicos, como o Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral, o custo dos tratamentos ainda é um fator decisivo na hora de procurar atendimento, particularmente entre aqueles que pertencem a grupos socioeconomicamente desfavorecidos [17].

É também importante reconhecer que a literacia em saúde vai além do conhecimento pessoal, sendo moldada por aspetos sociais, culturais e educativos. Nesse sentido, a literacia em saúde oral deve ser promovida como uma estratégia essencial para diminuir as disparidades, capacitando os indivíduos a tomarem decisões informadas. Além disso, hábitos como o tabagismo têm grande relevância no surgimento e na evolução das doenças orais, intensificando as disparidades em saúde. A relação entre comportamentos de risco, fatores socioeconómicos e acesso aos cuidados evidencia a importância de intervenções multissetoriais e integradas [18]

1.5 Evidência Científica sobre Associação entre Nível Socioeconómico e Doenças Orais

A relação entre o nível socioeconómico e a saúde oral é uma das bases da pesquisa em saúde pública, amplamente considerada um determinante estrutural das disparidades em saúde. Existe evidência científica consistente de que as doenças orais são mais frequentes entre aqueles que têm menor rendimento, menos escolaridade e condições de vida mais desfavoráveis, e que esses grupos também têm menos acesso a cuidados preventivos e curativos [19].

No entanto, esta interação não deve ser vista de maneira simplista ou unidimensional. É um fenómeno complexo em que os determinantes socioeconómicos influenciam, ao mesmo tempo, a exposição a fatores de risco, os comportamentos em saúde, o acesso aos cuidados e a capacidade de reação às necessidades clínicas. Essas interações ajudam a manter um ciclo de desigualdade em saúde oral, onde a vulnerabilidade social resulta em uma maior carga de doenças e uma menor capacidade de ação. Além disso, a saúde oral possui um significado simbólico e social que transcende o âmbito clínico. A estética dentária, a perda de dentes ou quaisquer alterações visíveis na estética podem afetar a autoestima, a identidade e a forma como as pessoas são vistas pelos outros [20].

A dimensão social da saúde oral sublinha a sua importância como indicador de desigualdade, uma vez que as condições orais podem levar a processos de discriminação e exclusão social. Embora esta associação tenha sido reconhecida na literatura, as respostas em termos de políticas públicas têm sido, muitas vezes, restritas a intervenções pontuais, sem dar a devida importância aos determinantes estruturais. É, assim, evidente a necessidade de uma abordagem mais integrada, que considere a saúde oral no âmbito das desigualdades sociais e que promova estratégias voltadas para a equidade [21]

1.6 Consequências: Exclusão Social, Dor, Baixa Autoestima e Perda de Produtividade

As doenças orais têm repercussões que vão muito além do aspeto clínico, evidenciando-se também ao nível social, económico e psicológico. Estudos demonstram que estas condições têm um impacto considerável na qualidade de vida, na produtividade e na participação social das pessoas, caracterizando um problema de saúde pública com múltiplas repercussões.

Em termos económicos, os custos das doenças orais abrangem as despesas diretas com os tratamentos, que muitas vezes são pagos do próprio bolso pelos doentes, e os custos indiretos, como a perda de produtividade, o absentismo e a diminuição do rendimento profissional. Estes custos tendem a impactar de maneira mais intensa os grupos que já enfrentam desvantagens socioeconómicas, o que acaba por aumentar as disparidades. No que diz respeito a nível social, as repercussões envolvem restrições na socialização, desconforto estético, baixa autoestima e influência na inserção profissional. A dor e as restrições funcionais provocadas por doenças da cavidade oral podem prejudicar a comunicação e a interação social, impactando o bem-estar geral das pessoas. Apesar deste impacto considerável, a saúde oral ainda é frequentemente negligenciada nas prioridades de saúde pública, o que agrava o problema. Esta realidade demonstra a urgência de se reavaliar as estratégias vigentes, priorizando a prevenção, a promoção da saúde e a integração da saúde oral nos sistemas de saúde [22].

1.7 Dados da DGS, OMD, Cheques-Dentista e Políticas Públicas

A solução para as desigualdades em saúde oral reside, em ampla medida, na habilidade das estruturas de saúde e das diretrizes públicas em incorporar esta área de maneira organizada e sustentável. Em Portugal, a evolução das abordagens para a promoção da saúde oral tem ocorrido de forma contínua, demonstrando um reconhecimento cada vez maior de sua relevância no âmbito da saúde pública. Contudo, a investigação dos dados institucionais disponíveis revela que continuam a existir desafios importantes em relação à equidade no acesso e à eficácia das intervenções realizadas.

O Plano Nacional de Saúde 2021–2030 representa um dos principais instrumentos que dirigem as políticas de saúde em Portugal, incorporando a saúde oral como uma dimensão significativa na promoção da qualidade de vida e na diminuição das desigualdades em saúde.

Este estudo ressalta a importância de estratégias intersectoriais, da incorporação da saúde oral nos serviços de saúde primários e do fortalecimento de iniciativas voltadas para a prevenção e a educação em saúde. No entanto, a implementação destas diretrizes enfrenta restrições práticas, especialmente quanto à abrangência efetiva da população e à coordenação entre distintos níveis de atenção à saúde. Simultaneamente, as informações da Direção-Geral da Saúde (DGS) e da Ordem dos Médicos Dentistas (OMD) têm demonstrado avanços em determinados indicadores de saúde oral, especialmente em faixas etárias específicas contempladas por iniciativas preventivas. Entretanto, estes relatórios indicam também a continuidade de necessidades de tratamento não atendidas, bem como a presença de desigualdades acentuadas relacionadas a fatores socioeconómicos e geográficos. Esta duplicidade entre progressos específicos e desigualdades permanentes indica que as políticas atualmente em vigor, apesar de sua importância, não têm se mostrado adequadas para assegurar uma melhoria equitativa nos resultados relacionados à saúde oral.

Pesquisas realizadas na Europa e relatórios de instituições, têm evidenciado que Portugal apresenta índices consideráveis de necessidades não atendidas em cuidados de saúde oral, frequentemente relacionados a obstáculos económicos. Estas informações sustentam a evidência de que o custo dos tratamentos permanece como um dos principais fatores restritivos ao acesso aos cuidados, comprometendo o princípio da equidade no sistema de saúde.

Neste contexto, o Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral (PNPSO), especificamente por meio da implementação do denominado “cheque-dentista”, constitui uma das principais ações de intervenção pública nesse setor. O propósito deste programa é simplificar o acesso a cuidados preventivos e curativos para grupos prioritários, tais como crianças, jovens, grávidas e idosos. Embora apresente um efeito benéfico em certos

indicadores, a literatura e as informações institucionais indicam que sua abrangência e eficácia são restritas, mostrando-se inadequadas para atender às necessidades de toda a população, especialmente em relação a grupos de adultos em condições socioeconómicas desfavoráveis.

Além disso, a falta de uma integração completa da medicina dentária no Serviço Nacional de Saúde (SNS) permanece como uma das principais vulnerabilidades do sistema português. A dependência do setor privado na oferta de serviços de saúde, resulta no condicionamento do acesso em função da capacidade financeira dos indivíduos, o que perpetua desigualdades e obstrui a adoção de uma abordagem realmente universal e justa.

É relevante destacar que a conceção e a execução de políticas públicas voltadas para a saúde oral, em diversas situações, têm se fundamentado principalmente em indicadores epidemiológicos, com uma menor incorporação de evidências provenientes da prática clínica e das percepções dos profissionais de saúde. Essa restrição pode prejudicar o ajustamento das estratégias às reais necessidades da população, destacando a relevância de integrar diversas perspetivas na elaboração de políticas mais eficientes. Dessa forma, apesar de se reconhecerem progressos significativos nas políticas públicas de saúde oral em Portugal, as evidências disponíveis indicam a urgência de uma análise crítica das estratégias atuais. É imprescindível promover métodos mais integrados, sustentáveis e voltados para a equidade, que assegurem não apenas o acesso aos cuidados, mas também a efetiva diminuição das desigualdades em saúde oral [23].

1.8 Percepções dos Profissionais sobre Desigualdades no Acesso e Práticas Preventivas

A avaliação das opiniões dos especialistas em saúde oral constitui uma medida crucial para entender as disparidades no acesso aos cuidados e a eficácia das práticas de prevenção. Os médicos dentistas encontram-se numa posição privilegiada para identificar sinais de doença, comportamentos de procura de cuidados e barreiras de acesso aos serviços de saúde, uma vez que têm prática clínica junto de diversos grupos populacionais.

Estudos indicam que os profissionais de saúde oral reconhecem, de maneira consistente, disparidades significativas no acesso aos cuidados, especialmente em relação a fatores económicos, nível educacional e contexto sociocultural dos pacientes. Estas perceções são o resultado não apenas da observação clínica, mas também do contato direto com as dificuldades que os doentes encontram no acesso e na adesão ao tratamento.

Para os profissionais, promover a saúde oral é uma medida essencial para prevenir doenças orais e reduzir sua carga. Contudo, frequentemente sublinham as limitações da eficácia das intervenções disponíveis, particularmente em relação à adesão dos utentes, à continuidade dos cuidados e à adequação das estratégias ao perfil da população-alvo. A literacia em saúde oral, portanto, é um fator determinante no comportamento e na utilização que cada indivíduo faz dos serviços de saúde.

Além disso, os especialistas destacam a influência das condições socioeconómicas na habilidade dos utentes em adotar práticas preventivas e aceder a atendimentos regulares. A crise económica, os custos dos tratamentos e a falta de uma proteção pública apropriada são frequentemente considerados fatores que influenciam a procura por cuidados e que agravam as condições de saúde.

Assim, a combinação das perceções dos profissionais da saúde oral com a evidência epidemiológica existente fornece uma perspetiva mais contextualizada e precisa das disparidades em saúde oral. Esse olhar mais aprofundado, então, traz-nos um melhor entendimento das dificuldades que os desafios clínicos impõem e nos alerta sobre a necessidade de elaborarmos intervenções que sejam eficazes, mas também adaptadas às reais necessidades da população [23].

1.9 Objetivo Geral e Objetivos Específicos do Estudo

De acordo com o enquadramento teórico que foi apresentado e a lacuna científica que foi identificada, o presente estudo visa, de maneira geral, analisar como os médicos dentistas percecionam o impacto dos determinantes socioeconómicos na saúde oral em Portugal.

Para garantir uma maior precisão conceptual e uma coerência metodológica, este objetivo é operacionalizado através da análise de várias dimensões específicas, entre as quais a caracterização da perceção dos profissionais sobre o estado de saúde oral da população portuguesa e a avaliação do impacto dos determinantes socioeconómicos, nomeadamente o rendimento, o nível de escolaridade e o contexto social, no estado de saúde oral.

Além disso, procura-se identificar as principais barreiras ao acesso aos cuidados de saúde oral identificadas pelos médicos dentistas, com um foco especial nas limitações de natureza económica, bem como avaliar a perceção desses profissionais sobre o nível de literacia em saúde oral da população e como isso influencia os comportamentos de prevenção.

A pesquisa também tem como objetivo analisar a opinião dos profissionais sobre a efetividade das políticas públicas e programas de promoção da saúde oral que estão em vigor, especialmente o Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral, além de investigar as consequências sociais e económicas das doenças orais, incluindo seu efeito na qualidade de vida e na produtividade das pessoas. Deste modo, pretende-se garantir uma abordagem integrada e mensurável da perceção dos profissionais de saúde oral, assegurando que há coerência entre os objetivos traçados, os instrumentos de recolha de dados e a metodologia utilizada.

2. MATERIAIS E MÉTODOS

2.1 Modelo de Investigação

O presente estudo correspondeu a um estudo observacional transversal, de natureza quantitativa e descritiva, baseado na aplicação de um questionário autoaplicado dirigido a profissionais de saúde oral (médicos dentistas e higienistas orais). Este desenho metodológico permitiu recolher informação sobre as perceções, atitudes e conhecimentos dos participantes num determinado momento no tempo, possibilitando uma análise exploratória e correlacional entre variáveis sociodemográficas e fatores de natureza social e económica relacionados com a saúde oral.

A escolha de um estudo transversal justificou-se pela sua adequação à avaliação de fenómenos subjetivos e percecionais num grupo profissional alargado, permitindo caracterizar tendências, identificar padrões e recolher dados de forma eficiente e ética. Este tipo de estudo foi frequentemente utilizado em investigações em saúde pública e ciências sociais aplicadas à medicina dentária, possibilitando a obtenção de resultados comparáveis com outros contextos internacionais.

2.2 Método de Recolha de Informação

O estudo foi realizado no âmbito da Faculdade de Medicina Dentária da Universidade Católica Portuguesa (FMD-UCP) e abrangeu profissionais das regiões Centro e Norte de Portugal. O instrumento de recolha de dados utilizado foi um questionário online de autopreenchimento, desenvolvido especificamente para este estudo e aplicado através da plataforma Google Forms.

O questionário foi elaborado com base em revisões da literatura e modelos previamente validados em investigações sobre determinantes sociais da saúde oral, tendo sido adaptado ao contexto português e ao público-alvo constituído por médicos dentistas e higienistas orais.

O instrumento de recolha de dados foi constituído por um total de 46 itens e encontrava-se estruturado em duas secções principais:

- **Secção sociodemográfica e profissional** – teve como objetivo recolher informações relativas às características pessoais e profissionais dos participantes, incluindo variáveis como idade, género, habilitações académicas, anos de experiência profissional, área de exercício (pública, privada ou mista) e eventual formação específica em saúde pública oral.
- **Secção de perceção sobre determinantes sociais e económicos da saúde oral** – integrou um conjunto de questões que permitiram analisar diferentes dimensões do fenómeno em estudo. Neste âmbito, foram avaliadas variáveis relacionadas com a perceção do impacto das desigualdades sociais e económicas na saúde oral da população portuguesa, a identificação de barreiras no acesso aos cuidados de saúde oral, nomeadamente de natureza financeira, educacional e geográfica, bem como o nível de conhecimento e perceção dos participantes relativamente às políticas públicas e programas de promoção da saúde oral existentes. Adicionalmente, foram exploradas variáveis relacionadas com as estratégias consideradas prioritárias para a redução das desigualdades e promoção da literacia em saúde oral.

As questões incluídas nesta secção foram maioritariamente formuladas sob a forma de escalas do tipo *Likert* de 5 pontos, variando entre “Discordo totalmente” e “Concordo totalmente”, complementadas por questões de escolha múltipla e de frequência, permitindo a quantificação das perceções dos participantes e a análise das diferentes dimensões em estudo.

Antes da aplicação definitiva, o questionário foi submetido a um pré-teste (estudo piloto) com um pequeno grupo de profissionais (n=10–15) com características semelhantes às da amostra principal, com o objetivo de avaliar a clareza das questões, o tempo médio de resposta — estimado entre 10 e 12 minutos — e a consistência interna das escalas.

A validade de conteúdo do instrumento foi assegurada por um painel de peritos constituído por docentes e investigadores da FMD-UCP com experiência nas áreas da saúde pública oral, epidemiologia e metodologia da investigação. A consistência interna das escalas foi avaliada através do coeficiente alfa de *Cronbach*, sendo considerados aceitáveis valores superiores a 0,70 para cada domínio analisado.

2.3 Participantes e Critérios de Inclusão

A população-alvo do presente estudo foi constituída por profissionais de saúde oral a exercer atividade em Portugal, incluindo médicos dentistas, higienistas orais e estomatologistas. A amostra foi obtida através de uma estratégia de amostragem não probabilística por conveniência, incluindo profissionais das regiões Centro e Norte de Portugal. Esta opção metodológica justificou-se pela natureza exploratória do estudo, centrado na análise da perceção dos profissionais de saúde oral relativamente ao impacto dos determinantes socioeconómicos na saúde oral, bem como pela necessidade de garantir acessibilidade a participantes com experiência clínica ativa.

A utilização deste tipo de amostragem foi frequente em estudos observacionais desta natureza, permitindo a recolha de dados de forma eficiente em contextos onde o acesso a uma amostra probabilística representativa se encontrava limitado por constrangimentos logísticos, temporais e operacionais. Adicionalmente, esta estratégia possibilitou a obtenção de informação relevante e contextualizada sobre o fenómeno em estudo, sendo adequada aos objetivos definidos.

Não obstante, reconheceu-se que a utilização de uma amostragem por conveniência não permitiu a generalização estatística dos resultados para a totalidade da população de profissionais de saúde oral em Portugal. Ainda assim, procurou-se garantir diversidade na amostra em termos de idade, experiência profissional, tipo de prática clínica e contexto geográfico, de forma a aumentar a robustez da análise e a validade interna dos resultados.

Foram considerados critérios de inclusão: exercer atividade profissional na área da saúde oral em Portugal, ter idade igual ou superior a 18 anos e aceitar participar voluntariamente no estudo mediante consentimento informado implícito. Foram excluídos participantes que não completaram integralmente o questionário ou que não se enquadravam no perfil profissional definido (estudantes ou estagiários sem prática clínica ativa, outros profissionais de saúde sem formação específica em medicina dentária).

2.4 Procedimentos e Ética

Os potenciais participantes receberam um convite por e-mail com uma explicação breve sobre os objetivos e importância do estudo, bem como um link para o preenchimento do questionário. A participação foi anónima, voluntária e confidencial, não tendo havido recolha de dados pessoais identificáveis (como nome, morada ou número de registo profissional). Antes do início do estudo, todos os participantes tiveram acesso a um consentimento informado eletrónico, descrevendo os objetivos, riscos e benefícios, e confirmando a confidencialidade dos dados.

O projeto foi desenvolvido em conformidade com o Regulamento Geral sobre a Proteção de Dados (RGPD) e a Lei n.º 58/2019, de 8 de agosto, que assegura a proteção dos dados pessoais em Portugal. A Comissão de Ética para a Saúde da Universidade Católica Portuguesa (CES-UCP) avaliou e aprovou o protocolo de investigação (n.º 124: Impacto social e económico em saúde oral – um estudo observacional) antes do início da recolha de dados.

2.5 Análise Estatística

A análise estatística dos dados foi realizada com recurso ao *software IBM SPSS Statistics* (versão 29.0). Os dados recolhidos foram exportados da plataforma Google Forms em formato compatível com o SPSS, garantindo a integridade e segurança da informação. Após a exportação, os dados foram verificados, limpos e codificados. Foram removidas respostas incompletas e duplicadas, e todas as variáveis foram revistas para deteção de valores omissos ou inconsistentes. Procedeu-se à codificação das variáveis categóricas e à criação de variáveis derivadas, quando necessário, para facilitar as análises descritivas e inferenciais.

A caracterização da amostra foi efetuada através de estatísticas descritivas, incluindo:

- Frequências absolutas e relativas (%) para variáveis categóricas (ex.: género, região, tipo de instituição);
- Médias, desvios-padrão, medianas e intervalos interquartis para variáveis contínuas (ex.: idade, anos de experiência).

Os resultados foram apresentados em tabelas e gráficos de fácil leitura e interpretação, de modo a resumir as principais tendências observadas.

Para explorar associações entre variáveis, foram aplicados testes estatísticos adequados à natureza dos dados:

- Teste do Qui-quadrado (χ^2) para comparar proporções entre grupos;
- Teste *t de Student* ou ANOVA unidirecional para comparação de médias em variáveis contínuas;
- Testes não paramétricos (*Mann–Whitney U* ou *Kruskal–Wallis*) caso não se verificasse a normalidade dos dados;
- Correlação de *Spearman* ou *Pearson* para avaliar relações entre variáveis quantitativas.

Foi adotado um nível de significância de 5% ($p < 0,05$) em todas as análises.

3. RESULTADOS

3.1 Caracterização da amostra

O número final de participantes da amostra foi de 71 profissionais de saúde oral. No que diz respeito ao género, a amostra é equilibrada, com 37 participantes do género feminino (52,1%) e 34 do género masculino (47,9%). Em relação à idade, a maior parte dos participantes está entre os 30 e 39 anos (33,8%) e entre os 40 e 49 anos (28,2%), seguidos por aqueles que têm menos de 30 anos (21,1%). As faixas etárias dos 50 aos 59 anos e a partir dos 60 anos foram as menos representadas, com 15,5% e 1,4% da amostra, respetivamente.

No que diz respeito à experiência profissional, a maioria dos participantes possui de 11 a 20 anos de prática clínica (35,2%), seguidos por aqueles que têm menos de 5 anos e aqueles que possuem de 5 a 10 anos de experiência, ambos com 25,4%. Os participantes com 20 anos ou mais de experiência profissional somaram 14,1% da amostra. Em termos de distribuição geográfica, a maioria dos participantes era da região Norte (74,6%), depois da região Centro (16,9%), com as outras regiões a contar com menos participantes.

A maior parte da prática clínica ocorreu em áreas urbanas, o que representa 94,4% dos participantes. No que diz respeito ao volume de atendimentos, a maior parte dos profissionais indicou que atende de 50 a 99 pacientes por semana (56,3%), seguidos pelos que atendem de 25 a 49 pacientes (25,4%). Com estes dados, pode-se caracterizar a amostra como maioritariamente composta por profissionais em fase ativa consolidada, com experiência clínica relevante e contacto frequente com um número significativo de utentes. (Tabela 1)

Tabela 1. Caracterização da amostra

Variável	N	%
Género		
Feminino	37	52,1
Masculino	34	47,9
Idade		
< 30	15	21,1
30–39	24	33,8
40–49	20	28,2
50–59	11	15,5
≥ 60	1	1,4
Anos de prática		
< 5	18	25,4
5–10	18	25,4
11–20	25	35,2
≥ 20	10	14,1
Região		
Alentejo	1	1,5
Algarve	2	2,8
Centro	12	16,9
Lisboa e Vale do Tejo	3	4,2
Norte	53	74,6
Tipo de prática		
Pública	14	19,7
Social	3	4,2
Mista	6	8,5
Localização do consultório		
Urbana	67	94,4
Rural	17	23,9
Média de pacientes por semana		
< 25	9	12,7
25–49	22	31,0
50–99	47	66,2
>100	6	8,5

3.2 Perceção dos profissionais sobre o estado de saúde oral da população portuguesa

A maioria dos inquiridos classificou o estado de saúde oral da população portuguesa de forma negativa. A alternativa mais comum foi “mau”, que recebeu 54 participantes (76,1%), seguido da alternativa “muito mau”, com 6 participantes (8,5%). Apenas 11 participantes (15,5%) classificaram o estado geral da saúde oral como “razoável”, sem se registar nenhuma avaliação positiva.

A maioria dos entrevistados, que soma 67 respostas (94,4%), indicou os adultos idosos como o grupo populacional que apresenta piores níveis de saúde oral. Também foram frequentemente identificados os grupos vulneráveis, incluindo migrantes e pessoas em maior situação de fragilidade social, o que representou 50,7% das respostas. As crianças e os jovens foram, de forma menos frequente, sinalizados, sendo 5,6% e 7,0%, respetivamente.

Em relação aos principais fatores que contribuem para más condições de saúde oral, tanto a saúde oral precária quanto a falta de literacia em saúde foram apontadas por 62 pessoas (87,3%). Os fatores socioeconómicos foram mencionados por 46 profissionais (64,8%), e os hábitos alimentares, por 35 participantes (49,3%). Nove profissionais (12,7%) mencionaram a escassez de acesso a cuidados. Estes dados reforçam a ideia de que, na opinião dos especialistas, as más condições orais são o resultado de vários fatores, sendo eles comportamentais, sociais e económicos.

A saúde oral também foi vista como tendo um impacto significativo na qualidade de vida geral da população. A maior parte dos participantes avaliou esse impacto como alto (71,8%) ou muito alto (26,8%), enquanto apenas 1,4% o considerou moderado. Em relação à evolução da saúde oral da população portuguesa ao longo do tempo, 73,2% dos profissionais acreditam que não houve melhoria nos últimos 10 anos, 14,1% opinaram que a situação se manteve a mesma, 8,5% disseram que houve uma melhoria, e 4,2% indicaram que não sabiam.

No que diz respeito ao aumento da prevalência de doença oral nos últimos 10 anos, 71,8% dos inquiridos afirmaram que sim, 19,7% ficaram neutros e 8,5% disseram que não. Por outro lado, constatou-se uma ampla divergência em relação à noção de que os portugueses consideram a saúde oral tão importante quanto a saúde geral, com 38,0% expressando total discordância e 59,2% discordando.

Além da análise descritiva, foi realizada uma análise estatística inferencial para investigar possíveis associações entre variáveis sociodemográficas e profissionais e as percepções dos participantes sobre a saúde oral da população portuguesa. Houve uma associação estatisticamente significativa entre o género dos inquiridos e a avaliação do estado geral da saúde oral da população portuguesa (χ^2 ; $p = 0,003$), com os profissionais do género feminino a mostrar uma tendência para classificações mais negativas.

Também se verificou uma associação estatisticamente significativa entre a idade dos inquiridos e a percepção do estado geral da saúde oral em Portugal (χ^2 ; $p = 0,032$). Os profissionais dos grupos etários intermédios tendem a ter uma percepção mais negativa sobre a saúde oral da população do que os mais jovens. A análise inferencial também revelou uma associação estatisticamente significativa entre os anos de experiência profissional e a percepção sobre o estado geral da saúde oral da população portuguesa (χ^2 ; $p = 0,005$). Os participantes com mais experiência clínica tendem a ser mais críticos em relação à saúde oral da população portuguesa, o que sugere que uma percepção mais crítica está relacionada à experiência profissional. Também foi encontrada uma associação estatisticamente significativa entre a área de prática profissional e a percepção do estado geral da saúde oral da população portuguesa (χ^2 ; $p = 0,009$). Os profissionais de diversas áreas mostraram ter diferentes percepções sobre a condição de saúde oral da população, o que indica possíveis variações contextuais e regionais na identificação das necessidades em saúde oral.

Globalmente, a análise estatística inferencial serviu para enriquecer os resultados descritivos, demonstrando que algumas das características sociodemográficas e profissionais têm uma influência significativa nas percepções dos profissionais sobre o estado de saúde oral da população portuguesa. (Tabela 2,2A)

Tabela 2. Perceção sobre o estado de saúde oral da população portuguesa (N = 71)

Item	Categoria	n	%
<u>Estado geral da saúde oral da população portuguesa</u>	Muito mau	6	8,5
	Mau	54	76,1
	Razoável	11	15,5
<u>Grupos com piores níveis de saúde oral</u>	Crianças	4	5,6
	Jovens	5	7,0
	Adultos	23	32,4
	Adultos idosos	67	94,4
	Grupos vulneráveis	36	50,7
<u>Principais fatores associados a más condições de saúde oral</u>	Higiene oral deficiente	62	87,3
	Falta de literacia em saúde	62	87,3
	Fatores socioeconómicos	46	64,8
	Hábitos alimentares	35	49,3
	Falta de acesso a cuidados	9	12,7
<u>Impacto da saúde oral na qualidade de vida</u>	Moderado	1	1,4
	Elevado	51	71,8
	Muito elevado	19	26,8
<u>Perceção sobre a evolução da saúde oral da população nos últimos 10 anos</u>	Melhorou	6	8,5
	Permaneceu igual	10	14,1
	Não melhorou	52	73,2
	Não sabe	3	4,2

Tabela 2A. Análise estatística inferencial entre variáveis sociodemográficas/profissionais e percepções dos participantes

Variável independente	Variável dependente	Teste estatístico	p-value
<u>Género</u>	Perceção do estado geral de saúde oral da população portuguesa	Qui-quadrado de <i>Pearson</i>	0,003
<u>Faixa etária</u>	Perceção do estado geral de saúde oral da população portuguesa	Qui-quadrado de <i>Pearson</i>	0,032
<u>Anos de prática profissional</u>	Perceção do estado geral de saúde oral da população portuguesa	Qui-quadrado de <i>Pearson</i>	0,005
<u>Região de exercício profissional</u>	Perceção do estado geral de saúde oral da população portuguesa	Qui-quadrado de <i>Pearson</i>	0,009

3.3 Barreiras sociais e económicas no acesso aos cuidados de saúde oral

A avaliação das barreiras sociais e económicas demonstrou uma visão generalizada de que existem dificuldades no acesso aos cuidados de saúde oral. A maior parte dos profissionais afirmou reconhecer frequentemente barreiras económicas no acesso aos cuidados, o que corresponde a 58 participantes (81,7%), enquanto 12 profissionais (16,9%) assinalaram que as identificam “às vezes” e 1 participante (1,4%) referiu identificá-las “sempre”.

A importância das desigualdades socioeconómicas foi também clara. A afirmação “as desigualdades socioeconómicas são determinantes importantes da saúde oral” foi amplamente apoiada, com 66,2% dos participantes a expressarem concordância e 31,0% a afirmarem concordar plenamente. Somente 2,8% se mostraram neutros, e não houve nenhum registo de discordância.

Quando se trata de programas públicos em vigor, como o cheque-dentista, 74,6% dos profissionais reconhecem que têm um efeito real no acesso aos cuidados, mas apenas 4,2% afirmaram concordar totalmente. No que toca à proporcionalidade entre o custo médio dos tratamentos dentários e o rendimento da maior parte dos portugueses, a desacordo foi bastante expressivo: 29,6% mostraram total desacordo e 60,6% simplesmente discordaram. O facto de não haver comparticipação no SNS foi também visto como um dos maiores obstáculos ao acesso, com 84,5% dos inquiridos a concordar e 7,0% a concordar plenamente.

No que diz respeito às razões para não se submeterem aos tratamentos, a desvalorização da saúde oral foi a mais citada, mencionada por 64 profissionais (90,1%), seguida pelos custos dos tratamentos, apontados por 40 participantes (56,3%). O receio ou a ansiedade foram mencionados por 15,5% dos entrevistados, enquanto a falta de tempo teve uma menor incidência (2,8%).

A percepção dos tratamentos que foram adiados por falta de dinheiro foi também bastante significativa. A maior parte dos participantes (73,2%) indicou que frequentemente vê um aumento no número de pacientes que adiam tratamentos por razões económicas, enquanto 23,9% indicaram observar essa situação “às vezes”. Apenas 2,8% mencionaram que a viam raramente. Os grupos que se mostraram como os que mais enfrentam barreiras económicas foram os seniores (87,3%) e as populações de baixo rendimento (66,2%).

Por fim, ao serem perguntados sobre como o setor público tem respondido às necessidades por cuidados orais, nenhum dos participantes afirmou que essa resposta é totalmente satisfatória. A maioria indicou que o setor público responde apenas de forma parcial (66,2%), enquanto 33,8% afirmaram que não responde adequadamente. (Tabela 3,3A)

Tabela 3. Barreiras sociais e económicas no acesso aos cuidados de saúde oral (N = 71)

Item	Categoria	n (%)
<u>Frequência com que identifica barreiras económicas no acesso aos cuidados</u>	Às vezes	<u>12 (16,9)</u>
	Frequentemente	<u>58 (81,7)</u>
	Sempre	<u>1 (1,4)</u>
<u>Principais motivos de não adesão aos tratamentos</u>	Falta de valorização da saúde oral	<u>64 (90,1)</u>
	Custos dos tratamentos	<u>40 (56,3)</u>
	Medo/ansiedade	<u>11 (15,5)</u>
	Falta de tempo	<u>2 (2,8)</u>
<u>Frequência com que observa adiamento de tratamentos por motivos económicos</u>	Raramente	<u>2 (2,8)</u>
	Às vezes	<u>17 (23,9)</u>
	Frequentemente	<u>52 (73,2)</u>
<u>Grupos que enfrentam maiores barreiras económicas</u>	Idosos	<u>62 (87,3)</u>
	Populações de baixo rendimento	<u>47 (66,2)</u>
<u>Perceção sobre a resposta do setor público às necessidades de saúde oral</u>	Não responde adequadamente	<u>24 (33,8)</u>
	Responde parcialmente	<u>47 (66,2)</u>

Tabela 3A. Percepção dos profissionais sobre desigualdades e acesso aos cuidados de saúde oral (N = 71)

<u>Item</u>	<u>1n(%)</u>	<u>2n(%)</u>	<u>3n(%)</u>	<u>4n(%)</u>	<u>5n(%)</u>
<u>As desigualdades socioeconómicas são determinantes importantes da saúde oral</u>	<u>0 (0,0)</u>	<u>0 (0,0)</u>	<u>2(2,8)</u>	<u>47(66,2)</u>	<u>22(31,0)</u>
<u>Os programas públicos, como o cheque-dentista, têm impacto real no acesso aos cuidados</u>	<u>0 (0,0)</u>	<u>8(11,3)</u>	<u>7 (9,9)</u>	<u>53(74,6)</u>	<u>3 (4,2)</u>
<u>O custo médio dos tratamentos dentários é proporcional ao rendimento da maioria dos portugueses</u>	<u>21(29,6)</u>	<u>43(60,6)</u>	<u>5 (7,0)</u>	<u>2 (2,8)</u>	<u>0 (0,0)</u>
<u>A ausência de participação no SNS constitui um dos maiores entraves ao acesso aos cuidados</u>	<u>0 (0,1)</u>	<u>1 (1,4)</u>	<u>5 (7,0)</u>	<u>60(84,5)</u>	<u>5 (7,0)</u>

Legenda:

1 = Discordo totalmente; 2 = Discordo; 3 = Neutro; 4 = Concordo; 5 = Concordo totalmente.

3.4 Percepção sobre políticas públicas e programas de promoção da saúde oral

No que diz respeito às políticas públicas, a maior parte dos profissionais revelou saber sobre o Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral (PNPSO), com 66 (93,0%) participantes afirmando que sim. Somente 2,8% disseram não conhecer o programa e 4,2% afirmaram conhecê-lo de forma parcial. Ainda assim, mesmo com esse alto nível de conhecimento, a avaliação da eficácia do PNPSO em sua atualidade foi, na sua maioria, negativa: 71,8% a consideraram baixa, 11,3% muito baixa e 16,9% moderada.

Relativamente ao cheque-dentista, verificou-se uma percepção maioritariamente negativa quanto à sua adequação para satisfazer as reais necessidades dos utentes contemplados. A maior parte dos participantes opôs-se a essa afirmação (80,3%), e 14,1% mostraram-se totalmente contrários. Apenas 4,2% se revelaram de acordo, levando em conta as opções “concordo” e “concordo totalmente”.

A proposta de integrar a medicina dentária nos centros de saúde foi, de forma geral, bem recebida, com 38,0% dos participantes a manifestarem concordância e 54,9% a apoiarem totalmente a sua implementação em todo o país. Da mesma forma, a integração da saúde oral no SNS foi vista como uma prioridade nacional por 92,9% dos entrevistados, que somaram as respostas “concordo” e “concordo totalmente”.

De forma oposta, observou-se uma percepção negativa em relação à adequação das políticas públicas atuais para diminuir as disparidades em saúde oral. A maior parte dos participantes opôs-se (71,8%) ou discordou totalmente (16,9%) a essa afirmação. Além disso, a maioria dos participantes considerou o investimento do estado na saúde oral inadequado, com 83,1% discordando e 15,5% discordando totalmente da afirmação de que esse investimento é suficiente. A participação dos profissionais de saúde oral na elaboração de políticas públicas foi classificada como insuficiente. Só 2,8% dos entrevistados consideram que os profissionais são ouvidos suficientemente, contra 33,8% que responderam “não” e 63,4% que responderam “parcialmente”. Estes dados revelam uma percepção evidente de que os profissionais estão insuficientemente envolvidos na formulação de políticas de saúde oral. (Tabela 4,4A)

Tabela 4. Conhecimento e avaliação das políticas públicas em saúde oral (N = 71)

Item	Categoria	n (%)
<u>Conhecimento do PNPSO</u>	Sim	<u>66 (93,0)</u>
	Parcialmente	<u>3 (4,2)</u>
	Não	<u>2 (2,8)</u>
<u>Percepção da eficácia do PNPSO</u>	Muito baixa	<u>8 (11,3)</u>
	Baixa	<u>51 (71,8)</u>
	Moderada	<u>12 (16,9)</u>
<u>Integração da medicina dentária nos centros de saúde</u>	Concordo	<u>27 (38,0)</u>
	Concordo totalmente	<u>39 (54,9)</u>
	Neutro	<u>5 (7,0)</u>
<u>Integração da saúde oral no SNS como prioridade nacional</u>	Concordo	<u>39 (54,9)</u>
	Concordo totalmente	<u>27 (38,0)</u>
	Neutro	<u>5 (7,0)</u>
<u>Participação dos profissionais na formulação de políticas públicas</u>	Sim	<u>2 (2,8)</u>
	Parcialmente	<u>45 (63,4)</u>
	Não	<u>24 (33,8)</u>

Tabela 4A. Avaliação das políticas públicas e investimento estatal em saúde oral (N = 71)

Item	1n(%)	2n (%)	3n(%)	4n(%)	5n(%)
<u>O cheque-dentista é suficiente para responder às necessidades dos utentes</u>	10(14,1)	57(80,3)	1 (1,4)	3 (4,2)	0 (0,0)
<u>As políticas públicas atuais reduzem as desigualdades em saúde oral</u>	12(16,9)	51(71,8)	6 (8,5)	2 (2,8)	0 (0,0)
<u>O investimento estatal em saúde oral é adequado</u>	11(15,5)	59(83,1)	1 (1,4)	0 (0,0)	0 (0,0)

Legenda:

1 = Discordo totalmente; 2 = Discordo; 3 = Neutro; 4 = Concordo; 5 = Concordo totalmente.

3.5 Estratégias e áreas prioritárias de intervenção

A avaliação das estratégias e áreas prioritárias de intervenção possibilitou destacar as principais ações que os profissionais apontam como relevantes para a promoção da saúde oral e a diminuição das disparidades. Esta dimensão foi posta em prática através de perguntas sobre as áreas prioritárias de intervenção e sobre as estratégias que são vistas como mais eficazes para elevar a literacia em saúde oral, abordando aspetos como o papel das escolas, iniciativas comunitárias, comunicação digital, colaborações entre setores e formação de profissionais.

No que concerne às áreas prioritárias de intervenção em saúde oral, os idosos foram o grupo etário mais frequentemente mencionado pelos participantes, totalizando 62 profissionais (87,3%) que os assinalaram. Após, foram mencionados os doentes crónicos por 58 inquiridos (81,7%) e as populações vulneráveis por 57 (80,3%). Os programas escolares foram igualmente identificados como uma área importante de intervenção, com 49 participantes (69,0%) a indicá-los. A saúde oral materno-infantil foi a menor frequência relativa, mas foi identificada por 31 profissionais (43,7%).

Quando questionados sobre quais estratégias seriam as mais eficazes para aumentar a literacia em saúde oral, as ações comunitárias foram mencionadas por 62 participantes (87,3%), seguidas pela comunicação digital e redes sociais, citadas por 54 profissionais (76,1%), e, por último, os programas escolares, assinalados por 51 participantes (71,8%). Ainda foram valorizadas as parcerias intersectoriais, mencionadas por 43 profissionais (60,6%). Em contraste, a formação de profissionais teve uma menor expressão relativa, com 10 participantes (14,1%).

Os resultados revelam que os profissionais valorizam especialmente a criação de estratégias direccionadas aos grupos mais vulneráveis e a promoção da literacia em saúde oral por meio de abordagens comunitárias, educativas e intersectoriais. (Tabela 5)

Tabela 5. Estratégias e áreas prioritárias de intervenção segundo os profissionais (N = 71)

Item	Categoria	n (%)
<u>Áreas prioritárias de intervenção</u>	Idosos	62 (87,3)
	Doentes crónicos	58 (81,7)
	Populações vulneráveis	57 (80,3)
	Programas escolares	49 (69,0)
	Saúde oral materno-infantil	31 (43,7)
<u>Estratégias para aumentar a literacia em saúde oral</u>	Ações comunitárias	62 (87,3)
	Comunicação digital e redes sociais	54 (76,1)
	Programas escolares	51 (71,8)
	Parcerias intersectoriais	43 (60,6)
	Formação de profissionais	10 (14,1)

3.6 Literacia e comportamentos em saúde oral

A maioria dos participantes considerou a literacia em saúde oral como insuficiente. A literacia média da população foi considerada baixa por 54 profissionais (76,1%) e muito baixa por 15 (21,1%). Somente 2,8% o classificaram como moderado, não havendo avaliações altas.

Quanto aos grupos de menor literacia em saúde oral, os idosos foram apontados por 52 participantes (73,2%), seguidos das populações com pouca escolaridade (25,4%). As populações migrantes apareceram com uma expressão menor nas respostas (1,4%).

Todos os participantes afirmaram que a literacia em saúde oral tem um impacto direto no estado de saúde oral, sendo que 78,9% concordam e 21,1% concordam plenamente. No que diz respeito à eficácia das campanhas de promoção da saúde oral em Portugal, a avaliação foi negativa, uma vez que 81,7% dos inquiridos consideraram que não eram eficazes e 7,0% discordaram de forma categórica.

Os meios de comunicação social foram vistos como importantes na promoção da saúde oral, com 78,9% dos inquiridos a expressarem concordância e 11,3% a concordarem plenamente. Por outro lado, o ensino de saúde oral nas escolas foi considerado inconsistente e pouco eficaz, com 80,3% dos profissionais discordando e 9,9% discordando totalmente da afirmação. A formação académica para abordar desigualdades sociais em saúde oral também foi objeto de crítica, com 57,7% dos inquiridos a discordarem e 4,2% a discordar completamente, enquanto 26,8% se mostraram neutros.

Quase todos os profissionais no contexto clínico mencionaram que oferecem educação em saúde oral aos utentes de forma regular, o que representa 97,2% da amostra. Além disso, 84,5% acreditam que os profissionais estão bem preparados para promover literacia em saúde oral, ao passo que 11,3% responderam “parcialmente” e 4,2% disseram que não. (Tabela 6,6A)

Tabela 6. Literacia e comportamentos em saúde oral (N = 71)

Item	Categoria	n (%)
<u>Nível médio de literacia em saúde oral da população</u>	Muito baixo	15 (21,1)
	Baixo	54 (76,1)
	Moderado	2 (2,8)
<u>Grupos com menor literacia em saúde oral</u>	Idosos	52 (73,2)
	Populações com baixo nível educativo	18 (25,4)
	Populações migrantes	1 (1,4)
<u>Estratégias educativas mais eficazes</u>	Ações comunitárias	62 (87,3)
	Comunicação digital e redes sociais	54 (76,1)
	Programas escolares	51 (71,8)
	Parcerias intersectoriais	43 (60,6)
	Formação de profissionais	10 (14,1)
<u>Educação em saúde oral na prática clínica</u>	Sim, regularmente	69 (97,2)
	Ocasionalmente	2 (2,8)
<u>Profissionais suficientemente preparados para promover literacia em saúde oral</u>	Sim	60 (84,5)
	Parcialmente	8 (11,3)
	Não	3 (4,2)

Tabela 6A. Percepção sobre literacia e promoção da saúde oral (N = 71)

Item	1 n (%)	2 n (%)	3 n (%)	4 n (%)	5 n (%)
<u>A literacia em saúde oral influencia diretamente o estado de saúde oral</u>	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	56 (78,9)	15 (21,1)
<u>As campanhas de promoção da saúde oral em Portugal são eficazes</u>	0 (0,0)	58 (81,7)	8 (11,3)	5 (7,0)	0 (0,0)
<u>Os meios de comunicação social têm papel relevante na promoção da saúde oral</u>	0 (0,0)	0 (0,0)	7 (9,9)	56 (78,9)	8 (11,3)
<u>O ensino da saúde oral nas escolas é consistente e eficaz</u>	7 (9,9)	57 (80,3)	5 (7,0)	2 (2,8)	0 (0,0)
<u>A formação universitária prepara adequadamente para abordar desigualdades sociais em saúde oral</u>	3 (4,2)	41 (57,7)	19 (26,8)	8 (11,3)	0 (0,0)

Legenda:

1 = Discordo totalmente; 2= Discordo; 3 = Neutro; 4 = Concordo; 5 = Concordo totalmente.

3.7 Impacto social e económico da saúde oral

No que diz respeito ao impacto social e económico da saúde oral, constatou-se uma forte perceção de sua importância em várias áreas da vida das pessoas. Todos os entrevistados afirmaram que a saúde oral afeta a produtividade no trabalho e nos estudos, sendo que 81,7% concordam e 18,3% concordam plenamente.

Os custos diretos e indiretos associados aos tratamentos dentários foram igualmente entendidos como um impedimento considerável, com 74,6% dos inquiridos a manifestar concordância e 19,7% a concordar plenamente. A falta de dentes ou dor dentária foi igualmente de forma unânime reconhecida como um fator que influencia a autoestima e a interação social dos pacientes, com 62,0% dos participantes concordando e 38,0% concordando totalmente.

No que diz respeito ao impacto psicológico das doenças orais, 76,1% dos entrevistados acreditam que ele é subestimado no contexto dos cuidados clínicos, enquanto 11,3% afirmaram que concordam totalmente. A carga económica das doenças orais em Portugal foi considerada elevada por 69,0% dos inquiridos e muito elevada por 23,9%, ao passo que só 7,0% a classificaram como moderada.

Quanto à questão custo-efetividade da prevenção versus tratamento curativo, os resultados não foram tão unânimes. Enquanto 22,5% disseram que “concordo” e 15,5% disseram que “concordo totalmente”, 50,7% disseram que não e 8,5% disseram que não, totalmente.

Por último, a melhoria da saúde oral foi vista por muitos como uma forte aliada na diminuição das desigualdades sociais em Portugal, com 60,6% dos participantes a expressarem concordância e 31,0% a concordarem plenamente. (Tabela 7)

Tabela 7. Impacto social e económico da saúde oral (N = 71)

<u>Item</u>	<u>1 n (%)</u>	<u>2 n (%)</u>	<u>3 n (%)</u>	<u>4 n (%)</u>	<u>5 n (%)</u>
<u>A saúde oral influencia a produtividade laboral e o desempenho escolar</u>	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	58(81,7)	13 (18,3)
<u>Os custos diretos e indiretos dos tratamentos dentários constituem um entrave significativo</u>	0 (0,0)	0 (0,0)	4 (5,7)	53(74,6)	14 (19,7)
<u>A ausência de dentes ou dor dentária afeta a autoestima e interação social dos pacientes</u>	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	44(62,0)	27 (38,0)
<u>O impacto psicológico das doenças orais é frequentemente subestimado nos cuidados clínicos</u>	0 (0,0)	1 (1,4)	8 (11,3)	54(76,1)	8 (11,3)
<u>A prevenção em saúde oral é mais custo-efetiva do que o tratamento curativo</u>	6 (8,5)	36 (50,7)	2 (2,8)	16(22,5)	11 (15,5)
<u>A melhoria da saúde oral pode contribuir para reduzir desigualdades sociais em Portugal</u>	0 (0,0)	1 (1,4)	6 (8,5)	43(60,6)	22 (31,0)

Legenda:

1 = Discordo totalmente; 2 = Discordo; 3 = Neutro; 4 = Concordo; 5 = Concordo totalmente

4. DISCUSSÃO

4.1 Interpretação Geral dos Resultados

Os resultados do presente estudo evidenciam que, de uma forma geral, os profissionais de saúde oral percebem de forma crítica a situação da saúde oral da população portuguesa, nomeadamente no que concerne à persistência das desigualdades socioeconómicas, às dificuldades de acesso aos cuidados e às necessidades ainda existentes ao nível da promoção da saúde oral. Esta percepção sugere que, apesar dos avanços registados nas últimas décadas ao nível da prevenção, diagnóstico e tratamento das doenças orais, persistem desafios estruturais que condicionam uma melhoria equitativa dos indicadores de saúde oral. Estes resultados encontram-se em concordância com a literatura científica nacional e internacional, que continua a considerar as doenças orais um importante problema de saúde pública, fortemente influenciado por fatores sociais, económicos e comportamentais [4,14,16].

A persistência destas desigualdades não constitui uma realidade exclusiva de Portugal. Estudos desenvolvidos em diversos países europeus demonstram que indivíduos com menores rendimentos e níveis de escolaridade apresentam, de forma consistente, piores indicadores de saúde oral, maior prevalência de cárie dentária, doença periodontal e perda dentária, bem como maiores necessidades de tratamento não satisfeitas. Embora países como a Suécia, Dinamarca e Finlândia apresentem menores desigualdades no acesso aos cuidados de saúde oral, a literatura demonstra que os determinantes socioeconómicos continuam a influenciar significativamente a distribuição da doença oral, mesmo em sistemas de saúde mais desenvolvidos [21,22,24].

Os resultados sugerem igualmente que os profissionais reconhecem a influência dos determinantes sociais da saúde na realidade da saúde oral portuguesa. Esta percepção encontra suporte em evidências científicas, que identifica os fatores socioeconómicos como elementos centrais na explicação das desigualdades em saúde oral observadas entre diferentes grupos populacionais [16,21,22].

Neste sentido, os resultados obtidos reforçam a necessidade de compreender a saúde oral para além da dimensão exclusivamente clínica, integrando fatores sociais, económicos e contextuais na análise dos problemas de saúde oral. Além da análise descritiva, a análise estatística inferencial permitiu aprofundar a compreensão dos resultados e conferir maior robustez científica ao estudo. A identificação de associações estatisticamente significativas entre características sociodemográficas e profissionais dos participantes e a perceção do estado da saúde oral da população portuguesa sugere que fatores como o género, a idade, a experiência profissional e o contexto de exercício influenciam a forma como os profissionais interpretam a realidade da saúde oral em Portugal. Os profissionais com maior experiência clínica apresentaram uma visão tendencialmente mais crítica da saúde oral da população. Este resultado poderá refletir uma maior exposição a situações de doença oral avançada, adiamento dos tratamentos e dificuldades económicas dos utentes ao longo da prática profissional. Estudos internacionais têm igualmente demonstrado que profissionais mais experientes tendem a apresentar maior sensibilidade relativamente aos determinantes sociais da saúde e às limitações estruturais dos sistemas de cuidados de saúde oral [21,22].

De igual modo, as associações identificadas relativamente à idade e ao contexto profissional sugerem que diferentes níveis de experiência clínica e exposição às realidades sociais poderão influenciar a perceção dos profissionais. As diferenças observadas em função da área de exercício poderão ainda refletir desigualdades territoriais relacionadas com a distribuição dos recursos de saúde, acessibilidade aos cuidados e características socioeconómicas das populações, realidade também descrita em diversos países europeus [14,21,22].

Globalmente, os resultados obtidos reforçam a importância de compreender a saúde oral como um fenómeno multidimensional, influenciado por fatores clínicos, sociais, económicos e contextuais. Os resultados deste estudo encontram-se alinhados com orientações internacionais mais recentes, que defendem abordagens centradas na equidade, prevenção e redução das desigualdades em saúde oral, contribuindo simultaneamente para uma melhor compreensão da realidade da saúde oral da população portuguesa [14,21,24].

4.2 Desigualdades Socioeconómicas e Acesso aos Cuidados de Saúde Oral

Os resultados deste estudo revelam que os profissionais de saúde oral identificaram as desigualdades socioeconómicas como um dos principais fatores que influenciam a saúde oral da população portuguesa e o acesso aos cuidados médico-dentários. De forma consistente, os participantes associaram as dificuldades financeiras, os baixos rendimentos e as condições socioeconómicas desfavoráveis a piores resultados em saúde oral e a uma procura mais tardia dos serviços de saúde. A literatura científica sustenta fortemente esta perceção, apontando os determinantes sociais da saúde como fatores centrais na distribuição da doença oral e na utilização dos serviços de saúde [16,21,22].

A influência da condição socioeconómica na saúde oral encontra-se amplamente documentada na literatura internacional. Estudos recentes demonstram que a cárie dentária, a doença periodontal, a perda dentária e as necessidades de tratamento não satisfeitas são mais frequentes entre indivíduos com menores rendimentos e níveis de escolaridade. Lucena et al. identificaram o estatuto socioeconómico como um dos fatores mais fortemente associados à carga de doença oral, enquanto Santos et al. evidenciaram a persistência de desigualdades socioeconómicas na saúde oral dos idosos portugueses, demonstrando que estas disparidades continuam a representar um desafio relevante no contexto nacional [24,25].

Embora as desigualdades em saúde oral sejam observadas em diversos países, a sua magnitude depende frequentemente da organização dos sistemas de saúde. Países como a Suécia, Dinamarca e Finlândia apresentam menores desigualdades no acesso aos cuidados, resultado de uma maior integração da saúde oral nos sistemas públicos e de um forte investimento em estratégias preventivas. Em contraste, em países onde os cuidados médico-dentários permanecem fortemente dependentes do financiamento privado, como Portugal, as barreiras económicas continuam a constituir um fator determinante na utilização dos serviços de saúde oral [16,21,22].

Os resultados também sugerem que as limitações financeiras permanecem entre as principais barreiras ao acesso aos cuidados de saúde oral. Esta realidade não resulta apenas das dificuldades económicas individuais, mas também de constrangimentos estruturais relacionados com a organização dos serviços e com a cobertura pública

disponível. A literatura demonstra que o adiamento dos tratamentos por razões económicas está frequentemente associado ao agravamento da doença oral, ao aumento das necessidades terapêuticas e a um maior impacto na qualidade de vida [5,16].

A procura tardia de cuidados assume particular relevância neste contexto. Estudos internacionais demonstram que populações economicamente mais vulneráveis recorrem aos cuidados de saúde oral predominantemente em situações de dor ou urgência, em detrimento de consultas preventivas regulares. Este comportamento contribui para um ciclo cumulativo de agravamento da doença, aumento da complexidade dos tratamentos e reforço das próprias desigualdades em saúde oral [15,21,22].

Os resultados inferenciais reforçaram esta interpretação ao evidenciarem que profissionais com maior experiência clínica tendem a apresentar uma perceção mais crítica das desigualdades socioeconómicas e das limitações estruturais no acesso aos cuidados. Este resultado poderá refletir uma maior exposição a situações de doença oral avançada, adiamento terapêutico e dificuldades económicas dos utentes ao longo da prática clínica [16,21,22].

As diferenças observadas entre áreas de exercício profissional sugerem igualmente a existência de desigualdades territoriais relacionadas com a distribuição dos recursos de saúde oral e com a acessibilidade aos serviços. Esta realidade tem sido descrita em diversos países europeus, onde persistem diferenças entre contextos urbanos e rurais relativamente à disponibilidade de profissionais, serviços e programas preventivos [14,21,22].

De uma forma geral, os resultados do estudo reforçam a importância dos determinantes sociais na compreensão das desigualdades em saúde oral. Tal como defendem Petersen e Kwan e Watt et al., a redução destas desigualdades exige intervenções que ultrapassem a esfera exclusivamente clínica, integrando políticas orientadas para a equidade, acessibilidade e intervenção sobre os determinantes sociais e económicos da saúde [21,22].

4.3 Literacia em Saúde Oral e Comportamentos Preventivos

Atualmente, a literacia em saúde oral é considerada um dos fatores mais relevantes para a saúde oral, uma vez que influencia a capacidade dos indivíduos para compreender informações em saúde, adotar comportamentos preventivos e utilizar adequadamente os serviços de saúde. Os resultados do presente estudo demonstraram que os profissionais de saúde oral reconhecem a literacia como um elemento fundamental para compreender as desigualdades observadas na saúde oral da população portuguesa. Esta perceção encontra-se alinhada com a evidência científica internacional, que identifica a literacia em saúde como um determinante essencial na prevenção das doenças orais e na promoção de hábitos saudáveis [21,22,33].

A literatura demonstra que indivíduos com níveis mais elevados de literacia apresentam melhores comportamentos de higiene oral, maior adesão a consultas preventivas e menor prevalência de doença oral. Em contrapartida, baixos níveis de literacia associam-se frequentemente a uma menor valorização da prevenção, maior recurso a cuidados em contexto de urgência e piores resultados em saúde oral. Neste sentido, os resultados obtidos reforçam a importância da literacia como um fator determinante na adoção de comportamentos promotores de saúde [16,21,33].

As diferenças observadas entre países europeus permitem compreender melhor a relevância desta problemática. Países como a Suécia, Dinamarca e Finlândia têm desenvolvido estratégias de promoção da saúde oral integradas nos sistemas educativos e nos programas de saúde pública, contribuindo para níveis mais elevados de literacia e para uma maior adoção de comportamentos preventivos. Em contrapartida, contextos onde estas estratégias apresentam menor continuidade tendem a evidenciar maiores dificuldades na valorização da prevenção e na utilização regular dos cuidados de saúde oral. Os resultados sugerem que Portugal continua a enfrentar desafios nesta área, particularmente na consolidação de estratégias preventivas sustentadas ao longo do ciclo de vida [21,22].

A relação entre literacia e condições socioeconómicas encontra-se igualmente descrita na literatura científica. Steinvik et al. demonstraram que fatores socioeconómicos e níveis de literacia influenciam significativamente os indicadores de saúde oral em jovens adultos, reforçando a importância de intervenções dirigidas aos grupos mais vulneráveis. Estes resultados sugerem que a promoção da literacia em saúde oral deve ser entendida não apenas como uma estratégia educativa, mas também como um instrumento de redução das desigualdades em saúde [29].

A literatura evidencia ainda que programas educativos e comunitários podem produzir benefícios significativos quando implementados de forma estruturada e continuada. Uma revisão sistemática recente demonstrou que intervenções de educação para a saúde oral promovem melhorias relevantes no conhecimento, nos comportamentos preventivos e nos indicadores de saúde oral, particularmente entre populações vulneráveis. Estes resultados reforçam a importância de estratégias de promoção da saúde oral sustentadas e adaptadas às características das diferentes populações [32].

Outro aspeto relevante relaciona-se com a preparação dos próprios profissionais para abordar questões associadas à literacia em saúde. A crescente complexidade dos desafios em saúde oral exige profissionais capacitados para desenvolver intervenções preventivas, educativas e comunitárias, para além da prestação de cuidados clínicos. Neste contexto, vários autores defendem o reforço dos conteúdos relacionados com saúde pública, promoção da saúde e comunicação em saúde nos currículos académicos, de forma a preparar os futuros profissionais para responder aos desafios associados às desigualdades em saúde oral [16,21,22].

Globalmente, os resultados deste estudo reforçam a importância da literacia em saúde oral enquanto elemento fundamental para a prevenção das doenças orais e para a promoção de comportamentos saudáveis. A evidência científica demonstra que melhorias sustentadas neste domínio dependem da implementação de estratégias educativas contínuas e adaptadas às necessidades das populações, contribuindo para uma utilização mais adequada dos serviços de saúde e para melhores resultados em saúde oral [21,22,32].

4.4 Políticas públicas e integração da saúde oral no SNS

Os resultados deste estudo indicam que os profissionais de saúde oral apresentam uma perceção globalmente crítica relativamente à capacidade das atuais políticas públicas para responder às necessidades da população portuguesa e reduzir as desigualdades em saúde oral. Esta perceção encontra suporte na literatura científica, que tem demonstrado que, apesar dos progressos alcançados nas últimas décadas, a saúde oral continua frequentemente subvalorizada nas políticas de saúde pública em diversos países, incluindo Portugal [21,22].

Ao longo das últimas décadas, Portugal registou avanços importantes através do Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral e da implementação de medidas dirigidas a grupos específicos da população. Contudo, a literatura demonstra que a existência de programas preventivos, por si só, não é suficiente para reduzir desigualdades em saúde oral, sendo igualmente necessária uma cobertura adequada da população, continuidade assistencial e integração da saúde oral nas restantes políticas de saúde pública [17,21,22].

Comparativamente a outros países europeus, Portugal continua a apresentar uma integração relativamente limitada da medicina dentária no sistema público de saúde. No Reino Unido, na Suécia, na Dinamarca e na Finlândia, os cuidados de saúde oral encontram-se mais integrados nos sistemas nacionais de saúde, permitindo uma cobertura preventiva e assistencial mais abrangente ao longo da vida. Embora estes países continuem a enfrentar desafios relacionados com desigualdades sociais, os níveis de acesso aos cuidados preventivos tendem a ser superiores, particularmente entre os grupos mais vulneráveis [16,21,22].

A literatura internacional tem sustentado que a integração da saúde oral nos cuidados de saúde primários constitui uma das estratégias mais eficazes para promover a equidade e melhorar os resultados em saúde. Esta abordagem favorece a prevenção, o diagnóstico precoce e a continuidade dos cuidados, particularmente entre indivíduos em situação de maior vulnerabilidade social ou clínica. Neste sentido, os resultados sugerem que os profissionais reconhecem a necessidade de uma integração mais efetiva da medicina dentária no Serviço Nacional de Saúde, em consonância com as orientações internacionais mais recentes [14,21,22].

Outro aspeto relevante relaciona-se com a perceção de insuficiência do investimento público em saúde oral. Esta preocupação não é exclusiva da realidade portuguesa. Watt et al. referem que as doenças orais continuam a receber uma prioridade limitada nas agendas internacionais de saúde, apesar do seu impacto significativo na qualidade de vida, produtividade e sustentabilidade dos sistemas de saúde. De igual modo, Petersen e Kwan defendem que a redução das desigualdades em saúde oral exige maior compromisso político e investimento sustentado na prevenção, promoção da saúde e intervenção sobre os determinantes sociais da doença [21,22].

A participação dos profissionais de saúde oral na definição e planeamento das políticas públicas constitui igualmente um elemento relevante. A literatura tem defendido modelos de governação participativa que integrem profissionais de saúde, instituições académicas, decisores políticos e comunidades, reconhecendo que a experiência clínica pode contribuir de forma significativa para a identificação de necessidades e definição de prioridades em saúde. Os resultados deste estudo sugerem que uma maior participação dos profissionais poderá favorecer o desenvolvimento de políticas mais ajustadas às necessidades observadas na prática clínica [21,22].

Os resultados reforçam a necessidade de uma maior integração da saúde oral nas políticas públicas de saúde em Portugal. Por sua vez, evidência científica aponta para a importância de modelos assistenciais mais integrados, preventivos e orientados para a equidade, capazes de articular cuidados clínicos, promoção da saúde e intervenção sobre os determinantes sociais da doença. Neste contexto, a melhoria sustentada da saúde oral da população portuguesa dependerá da capacidade de desenvolver políticas públicas mais abrangentes e alinhadas com as recomendações internacionais em saúde pública [21,22,31].

4.5 Impacto Social e Económico da Saúde Oral

Os resultados deste estudo sublinham a importância da saúde oral como uma dimensão essencial da saúde e do bem-estar, com impactos que vão muito além do âmbito clínico. A literatura científica tem mostrado que as doenças orais comprometem, para além da capacidade funcional do indivíduo, a sua qualidade de vida, participação social, autoestima, produtividade e bem-estar psicológico. Assim, os resultados obtidos indicam que os profissionais de saúde oral entendem a saúde oral como um fator que se relaciona de forma direta com a inclusão social e a qualidade de vida, e que, por sua vez, é composta por diversas dimensões [6,7,20].

A literatura internacional é extensa ao relacionar saúde oral e qualidade de vida. A noção contemporânea de qualidade de vida relacionada com a saúde oral considera que a doença oral pode afetar significativamente o funcionamento físico, psicológico e social dos indivíduos. Diversos estudos realizados em diferentes populações demonstram que fatores como dor dentária, perda dentária, dificuldades mastigatórias e alterações estéticas comprometem funções essenciais relacionadas com a alimentação, comunicação e interação social, produzindo importantes repercussões físicas, emocionais e sociais. Afonso e Silva destacam que a qualidade de vida relacionada com a saúde oral constitui atualmente um dos principais indicadores da eficácia das intervenções em saúde oral, refletindo não apenas a ausência de doença, mas também a capacidade dos indivíduos para manter o seu bem-estar e participação social [10,20].

As diferenças observadas entre países permitem compreender melhor a relevância desta problemática. Em vários países do sul da Europa, onde persistem importantes barreiras económicas ao acesso aos cuidados médico-dentários, o impacto social das doenças orais tende a ser amplificado pela maior prevalência de doença não tratada e pelo adiamento dos tratamentos. Em contraste, países que implementaram sistemas preventivos mais abrangentes e integrados apresentam menores limitações funcionais e sociais associadas à doença oral, particularmente entre os grupos mais vulneráveis.

Esta realidade evidencia a importância das políticas públicas e da organização dos sistemas de saúde na mitigação das consequências sociais da doença oral [16,21,22].

A dimensão psicossocial da saúde oral assume igualmente particular relevância. Durante muitos anos, a avaliação da saúde oral centrou-se predominantemente em indicadores clínicos e epidemiológicos, subvalorizando frequentemente as consequências emocionais e sociais da doença. Contudo, a evidência científica atual demonstra que alterações estéticas, dor crónica, perda dentária e disfunções orais podem associar-se a ansiedade, isolamento social, constrangimento em contextos sociais e diminuição significativa da autoestima. Locker e Gibson defendem que a saúde oral ultrapassa claramente a ausência de doença, integrando aspetos relacionados com identidade pessoal, autoestima e participação social. De igual modo, Miettinen et al. demonstraram que alterações funcionais associadas a perturbações orais podem produzir repercussões psicossociais significativas, influenciando negativamente o bem-estar emocional e a qualidade de vida dos indivíduos [12,13,20].

Em vários países europeus tem-se assistido a uma integração progressiva da dimensão psicossocial da saúde oral nas estratégias de saúde pública e na prática clínica. Esta abordagem reconhece que os benefícios dos cuidados de saúde oral não se limitam à redução da doença, mas incluem igualmente melhorias na participação social, no bem-estar psicológico e na qualidade de vida dos indivíduos. Os resultados do presente estudo sugerem que os profissionais partilham esta perspetiva, reconhecendo a necessidade de uma abordagem mais abrangente da saúde oral [20,21].

O envelhecimento populacional reforça ainda mais a relevância desta problemática. Kotzer et al. verificaram que as limitações funcionais associadas à saúde oral influenciam significativamente a qualidade de vida dos idosos, particularmente ao nível da alimentação, interação social e bem-estar psicológico. Paralelamente, Zhou et al., numa revisão sistemática recente, identificaram uma elevada prevalência de fragilidade oral em adultos mais velhos, associada a fatores como multimorbilidade, dependência funcional e vulnerabilidade socioeconómica. Estes resultados evidenciam que as consequências da doença oral assumem uma importância crescente em sociedades cada vez mais envelhecidas [19,26].

A literatura recente sugere ainda que as repercussões da saúde oral no envelhecimento podem ser mais amplas do que anteriormente se pensava. Galindo-Moreno

et al. demonstraram que a perda dentária pode associar-se ao declínio cognitivo e à diminuição da funcionalidade em adultos mais velhos, sugerindo que a saúde oral poderá desempenhar um papel relevante na promoção do envelhecimento saudável. Estes resultados reforçam a necessidade de integrar a saúde oral nas estratégias dirigidas à população idosa e nos programas de promoção da saúde ao longo do ciclo de vida [27].

O impacto económico das doenças orais constitui outro aspeto amplamente reconhecido pela literatura científica. Para além dos custos diretos associados aos tratamentos, as doenças orais podem gerar custos indiretos significativos relacionados com absentismo laboral, redução da produtividade, incapacidade funcional e necessidade de tratamentos mais complexos decorrentes do adiamento dos cuidados. Peres et al. identificaram as doenças orais como um importante desafio de saúde pública global, com repercussões económicas relevantes para indivíduos, famílias e sistemas de saúde [15,16].

A influência das condições socioeconómicas sobre este impacto económico tem sido igualmente demonstrada em estudos recentes. Lombardi et al. verificaram que condições socioeconómicas adversas se associam a maiores limitações físicas e orais entre idosos, contribuindo para um agravamento simultâneo das desigualdades sociais e dos impactos da doença oral na vida quotidiana. Estes resultados reforçam a ideia de que as consequências económicas da doença oral tendem a ser mais pronunciadas entre grupos socialmente vulneráveis, contribuindo para perpetuar ciclos de exclusão e desigualdade [28].

Outro aspeto relevante prende-se com o papel da prevenção enquanto estratégia economicamente eficiente. A literatura tem demonstrado de forma consistente que intervenções preventivas e programas de promoção da saúde oral apresentam uma relação custo-benefício mais favorável do que abordagens predominantemente curativas. Em diversos países europeus, a implementação de programas preventivos sustentados permitiu reduzir a carga da doença oral e os custos associados ao tratamento de patologias em estádios mais avançados. Estes resultados reforçam a importância das estratégias preventivas como instrumento de melhoria da saúde oral e de redução do impacto económico da doença [14,21,22].

Em termos gerais, os resultados deste estudo sublinham a importância de compreender a saúde oral como um fenómeno multidimensional, cujos efeitos ultrapassam amplamente a cavidade oral. A evidência científica demonstra que a melhoria da saúde oral poderá contribuir não apenas para a redução da doença, mas também para a promoção da qualidade de vida, do bem-estar psicológico, da produtividade económica e da inclusão social. Neste contexto, a articulação da saúde oral com as políticas públicas de saúde assume particular relevância enquanto instrumento de promoção da equidade e redução das desigualdades sociais em saúde [6,21,22].

4.6 Estratégias, Recomendações e Implicações para a Prática em Saúde Oral

Os resultados deste estudo evidenciam a necessidade de desenvolver estratégias integradas e sustentáveis para responder aos desafios identificados pelos profissionais de saúde oral. A literatura científica demonstra que melhorias significativas nos indicadores de saúde oral dificilmente são alcançadas através de intervenções isoladas, exigindo abordagens multidimensionais que articulem prevenção, promoção da saúde, educação em saúde, acessibilidade aos cuidados e intervenção sobre os determinantes sociais da saúde [21,22,31].

Uma das principais implicações dos resultados obtidos prende-se com a necessidade de direcionar intervenções para grupos particularmente vulneráveis, nomeadamente idosos, indivíduos com doenças crónicas e populações socialmente desfavorecidas. O envelhecimento progressivo da população portuguesa reforça a importância de desenvolver respostas preventivas e assistenciais adaptadas às necessidades destes grupos. A experiência de diversos países europeus demonstra que programas comunitários e estratégias preventivas dirigidas às populações mais vulneráveis podem contribuir para melhorar a acessibilidade aos cuidados e reduzir desigualdades em saúde oral [25,26,28].

Os resultados sugerem igualmente que a promoção da literacia em saúde oral deve assumir um papel central nas futuras estratégias de saúde pública. A evidência científica demonstra que níveis mais elevados de literacia estão associados a melhores comportamentos preventivos, maior utilização dos serviços de saúde e melhores resultados em saúde oral [29,33].

Neste contexto, programas educativos desenvolvidos em ambiente escolar, comunitário e digital poderão constituir instrumentos importantes para promover comportamentos saudáveis e reduzir desigualdades em saúde oral [14,17,32].

Outra recomendação relevante relaciona-se com o reforço da integração da medicina dentária no Serviço Nacional de Saúde. A literatura internacional demonstra que sistemas de saúde com maior integração da saúde oral nos cuidados primários tendem a apresentar melhores níveis de acessibilidade, maior utilização dos cuidados preventivos e menor impacto das desigualdades socioeconómicas no acesso aos cuidados. Neste sentido, a expansão da cobertura pública dos cuidados médico-dentários poderá representar uma medida importante para promover maior equidade em saúde oral [16,21,22].

Os resultados reforçam igualmente a importância de investir na formação dos profissionais de saúde oral, particularmente nas áreas da saúde pública, promoção da saúde, comunicação em saúde e determinantes sociais da saúde. A crescente complexidade dos desafios atuais exige profissionais preparados não apenas para a prestação de cuidados clínicos, mas também para a educação para a saúde, intervenção comunitária e promoção da equidade em saúde [21,22].

Paralelamente, a literatura tem vindo a salientar a relevância das estratégias intersectoriais na promoção da saúde oral. Dawson et al. defendem que a redução das desigualdades exige intervenções dirigidas aos determinantes estruturais da saúde, envolvendo diferentes setores para além da saúde. De forma semelhante, Petersen e Kwan sublinham que os determinantes da saúde oral estão profundamente associados a fatores sociais, económicos e educacionais, exigindo respostas coordenadas e integradas. Neste contexto, a colaboração entre serviços de saúde, instituições de ensino, autarquias, organizações comunitárias e decisores políticos assume particular importância para a obtenção de ganhos sustentados em saúde oral [21,31,34].

Relativamente aos resultados deste estudo sugerem que a melhoria da saúde oral da população portuguesa dependerá da implementação de estratégias preventivas, integradas e orientadas para a equidade. A evidência científica demonstra que os maiores ganhos em saúde oral são alcançados através da articulação entre intervenção clínica, educação para a saúde, ação comunitária e políticas públicas sustentadas. Neste contexto, as recomendações identificadas pelos profissionais constituem contributos relevantes para o desenvolvimento de políticas públicas mais eficazes e de modelos de cuidados mais inclusivos e centrados nas necessidades da população [21,22,31].

4.7 Limitações do estudo

Apesar da importância dos resultados alcançados, este estudo possui algumas limitações metodológicas que devem ser levadas em conta ao ser interpretado os resultados e ao se generalizar os resultados para a população de profissionais de saúde oral em Portugal. A utilização de uma amostragem não probabilística por conveniência é uma das maiores limitações que este estudo enfrenta. Os participantes foram selecionados por conveniência, ou seja, eram acessíveis e disponíveis para responder ao questionário, o que pode ter gerado viés de seleção e comprometido a representatividade da amostra. É possível que os profissionais mais conscientes das desigualdades sociais e da saúde pública oral tenham se mostrado mais dispostos a participar do estudo, o que pode ter afetado as percepções coletadas.

Uma outra limitação significativa diz respeito ao tamanho da amostra e à sua distribuição geográfica. Apesar do estudo abranger profissionais das áreas Centro e Norte de Portugal, a maioria dos participantes oriundos dessas regiões restringe a generalização dos resultados. Variações regionais no que diz respeito à acessibilidade aos cuidados, ao contexto socioeconómico e à estrutura dos serviços de saúde podem impactar a forma como os profissionais percebem as desigualdades em saúde oral.

A utilização de um questionário online de autopreenchimento também pode ser considerada uma limitação metodológica. Embora este método de recolha de dados torne a participação mais fácil e possibilite um alcance geográfico mais amplo, ele pode introduzir viés nas respostas e subjetividade nas informações obtidas.

As percepções dos intervenientes são interpretações pessoais da realidade clínica e social que observam, podendo ser influenciadas por experiências individuais, contexto profissional e nível de sensibilização para os temas tratados. Desta forma, os resultados alcançados devem ser entendidos como percepções dos profissionais e não como avaliações objetivas diretas da saúde oral da população portuguesa.

Outra limitação importante é o facto do estudo ser de natureza transversal. Como os dados foram coletados em apenas um momento no tempo, não foi possível investigar relações causais entre variáveis ou como as percepções dos profissionais mudaram ao longo do tempo. Assim, mesmo que os resultados possibilitem a identificação de associações e tendências significativas, não se consegue estabelecer relações de causa e efeito entre os fatores socioeconómicos, a literacia em saúde oral e as desigualdades em saúde oral.

Um outro ponto que limita o estudo é a falta de uma comparação direta entre as percepções dos profissionais e os indicadores clínicos objetivos de saúde oral da população. Embora as percepções dos profissionais sejam uma fonte valiosa de evidência, especialmente pela sua proximidade à prática clínica e a vários grupos populacionais, a falta de dados epidemiológicos adicionais impossibilita a validação objetiva de algumas das percepções identificadas.

É igualmente importante ter em mente a possibilidade de viés de desejabilidade social nas respostas obtidas. Considerando a natureza das questões sobre desigualdades sociais, acessibilidade e políticas públicas, alguns participantes podem ter respondido de forma a oferecer uma resposta socialmente desejável ou mais alinhada com os fundamentos de saúde pública, o que pode ter influenciado os resultados.

Apesar das limitações, este estudo oferece importantes contributos sobre como os profissionais de saúde oral percecionam o impacto socioeconómico da saúde oral em Portugal. A metodologia adotada possibilitou uma exploração de dimensões muitas vezes subvalorizadas na literatura científica, tais como a percepção dos profissionais face às barreiras económicas, desigualdades no acesso, literacia em saúde oral e limitações das políticas públicas em vigor.

Ao mesmo tempo, a introdução de análise estatística inferencial possibilitou enriquecer os resultados descritivos e aprofundar a compreensão das relações entre características sociodemográficas, profissionais e percepções sobre saúde oral. Possibilitou ainda uma maior robustez científica face aos resultados alcançados assim como uma análise mais detalhada dos dados do estudo. A consistência dos resultados, tanto a nível global quanto em comparação com os estudos científicos nacionais e internacionais, evidencia a importância dos achados identificados.

Apesar destas limitações que são características do desenho do estudo, os resultados obtidos apontam para tendências significativas e possibilitam a obtenção de conhecimento que pode ser útil para investigações futuras e para a formulação de estratégias em saúde pública oral. No futuro, será crucial realizar pesquisas com amostras mais representativas e uma distribuição geográfica mais ampla, além de incorporar metodologias mistas que unam dados quantitativos e qualitativos. A introdução de indicadores clínicos objetivos e a confrontação entre as percepções dos profissionais e os dados epidemiológicos poderão também enriquecer a compreensão das desigualdades em saúde oral em Portugal.

Ao mesmo tempo, investigações futuras poderão realizar uma análise mais aprofundada entre variáveis sociodemográficas, profissionais e percetivas, utilizando amostras maiores e com uma diversidade regional mais ampla, possibilitando uma exploração mais consistente das associações potenciais relacionadas às desigualdades em saúde oral, literacia e acesso aos cuidados.

4.8 Contributos e implicações futuras

O presente estudo contribuiu efetivamente para o conhecimento do impacto social e económico da saúde oral na sociedade portuguesa, especialmente no que concerne a perceção dos profissionais de saúde oral quanto às desigualdades de acesso, fatores socioeconómicos da doença oral, literacia em saúde e inadequações das políticas públicas existentes. A perceção dos profissionais foi sem dúvida, um dos principais contributos do presente trabalho, dado que estes profissionais, pelo seu conhecimento da prática clínica e interação direta com diferentes grupos populacionais, têm uma perspetiva privilegiada sobre os problemas e obstáculos existentes neste domínio.

Os resultados obtidos reforçam a importância de se considerar a saúde oral como um fenómeno multidimensional, sendo afetada tanto por fatores clínicos quanto por fatores sociais, económicos, culturais e comportamentais. De acordo com este cenário, o presente estudo ajudou a fortalecer a literatura científica já existente referente ao papel dos determinantes sociais da saúde na distribuição das doenças orais e na utilização dos serviços médico-dentários.

Por outro lado, os resultados permitiram ainda identificar que as desigualdades em saúde oral continuam fortemente relacionadas a variáveis como baixos níveis de renda, baixa literacia em saúde, crescimento populacional. Outra importante contribuição deste estudo referiu-se à determinação das principais áreas prioritárias de intervenção e das estratégias tidas como mais importantes pelos profissionais de saúde oral. O reconhecimento elevado dado aos programas comunitários, programas escolares, comunicação digital e à integração da medicina oral no Serviço Nacional de Saúde demonstrou a importância da adoção de uma visão preventiva e integrada na promoção da equidade em saúde oral. Os resultados obtidos neste estudo têm por isso um forte contributo no suporte e elaboração de políticas públicas que sejam mais centradas nos grupos mais vulneráveis e adequadas às suas necessidades.

Consequentemente, os resultados obtidos possuem implicações importantes para a prática profissional. A grande importância que os participantes atribuem à educação para a saúde oral e ao desenvolvimento da literacia destaca a importância dos profissionais de saúde como agentes de prevenção e promoção da saúde. Nesse sentido, o estudo sugere a utilização de estratégias de educação em saúde oral, tanto em contextos clínicos, comunitários e escolares, centradas não só na resolução de problemas de saúde oral, mas também na formação de competências preventivas e autogestão da saúde oral dos sujeitos.

Da mesma forma, os resultados permitiram concluir a importância de se investir no reforço da formação académica e profissional dos profissionais de saúde oral no campo da saúde pública e dos determinantes sociais da saúde. A perceção de insuficiente relativamente à preparação destes profissionais no que se refere ao tratamento das desigualdades sociais em saúde oral indica a necessidade de promover de forma mais sistemática na formação académica dos profissionais de saúde oral, conteúdos relacionados com promoção da saúde, comunicação em saúde, intervenção comunitária e equidade em saúde.

Em termos de políticas públicas em saúde oral, os resultados deste estudo permitem ainda concluir pela importância de investir no reforço da integração da medicina dentária no Serviço Nacional de Saúde, na promoção de medidas de acessibilidade aos cuidados preventivos e terapêuticos e no desenvolvimento de estratégias de promoção da saúde oral para grupos vulneráveis. É cada vez mais evidente que políticas públicas baseadas na prevenção, promoção da saúde e redução das desigualdades têm melhor custo-efetividade a longo prazo.

No que se refere a investigações futuras em saúde oral em Portugal, os resultados deste estudo sugerem a necessidade de realizar investigações mais aprofundadas no âmbito das desigualdades em saúde oral em Portugal, em especial através da realização de investigações com amostras mais representativas e metodologias complementares.

A utilização de metodologias qualitativas permitirá compreender de forma mais aprofundada as experiências, percepções e dificuldades sentidas pelos profissionais de saúde oral em termos de desigualdades de acesso e de determinantes socioeconómicos da doença oral. Paralelamente, estudos comparativos podem ser realizados entre as percepções dos profissionais de saúde oral e indicadores epidemiológicos de saúde oral. As futuras pesquisas poderão igualmente focar-se na avaliação da eficácia de programas de promoção da saúde oral, estratégias de literacia em saúde e modelos de integração da medicina dentária nos sistemas públicos de saúde.

No que respeita ao impacto global da pesquisa realizada, a mesma contribuiu para reforçar a importância da saúde oral enquanto componente essencial da saúde geral, da qualidade de vida e da equidade em saúde. Os resultados deste estudo permitiram concluir que a melhoria dos indicadores de saúde oral da população portuguesa deverá passar por investir em estratégias multidimensionais e sustentáveis de prevenção, promoção da saúde, literacia, acessibilidade e redução das desigualdades sociais em saúde oral.

5. CONCLUSÃO

O presente estudo permitiu aprofundar a percepção dos profissionais de saúde oral relativamente ao impacto social e económico da saúde oral em Portugal. Os resultados evidenciaram que as desigualdades socioeconómicas continuam a influenciar significativamente a saúde oral da população portuguesa, condicionando o acesso aos cuidados, os níveis de literacia em saúde e a distribuição da doença oral. Fatores como as dificuldades económicas, o envelhecimento populacional e limitações estruturais do sistema de saúde contribuem para a persistência destas desigualdades.

A análise das percepções dos profissionais revelou uma visão crítica relativamente ao estado da saúde oral em Portugal, destacando limitações no acesso aos cuidados, fragilidades das políticas públicas e insuficiente integração da medicina dentária no Serviço Nacional de Saúde. Os resultados reforçaram igualmente a importância da literacia em saúde oral e da prevenção na melhoria dos indicadores de saúde oral e na redução das desigualdades existentes. O estudo evidenciou a necessidade de estratégias mais integradas e sustentáveis, capazes de promover maior equidade no acesso aos cuidados e reforçar a intervenção junto de grupos vulneráveis. Os resultados demonstram igualmente que os determinantes da saúde oral exigem respostas articuladas entre os setores da saúde, educação e comunidade. Apesar das limitações inerentes ao desenho transversal do estudo e à utilização de uma amostra não probabilística, os resultados ainda assim contribuíram para uma melhor compreensão das desigualdades em saúde oral em Portugal. Futuramente, será importante desenvolver estudos com amostras mais representativas e avaliar estratégias de promoção da saúde oral e modelos de integração da medicina dentária nos sistemas públicos de saúde. Em suma, este estudo reforça a necessidade de compreender a saúde oral como uma componente essencial da saúde geral, da qualidade de vida e da inclusão social. A melhoria da saúde oral da população portuguesa dependerá da implementação de estratégias preventivas, integradas e equitativas, capazes de reduzir desigualdades e promover melhores resultados em saúde.

6. BIBLIOGRAFIA

1. World Health Organization. *Constitution of the World Health Organization*. Geneva: WHO; 2023.
2. Petersen PE, Yamamoto T. Improving the oral health of older people: the approach of the WHO Global Oral Health Programme. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2005;33(2):81-92.
3. Ordem dos Médicos Dentistas. *Relatório Anual da Saúde Oral em Portugal*. Lisboa: OMD; 2023.
4. Petersen PE, Bourgeois D, Ogawa H, Estupinan-Day S, Ndiaye C. The global burden of oral diseases. *Bull World Health Organ*. 2005;83(9):661-669.
5. Griffin SO, Jones JA, Brunson D, Griffin PM, Bailey WD. Burden of oral disease among older adults and implications for public health priorities. *Am J Public Health*. 2012;102(3):411-418.
6. Sheiham A. Oral health, general health and quality of life. *Bull World Health Organ*. 2005;83(9):644-645.
7. Gift HC, Atchison KA, Dayton CM. Conceptualizing oral health and oral health-related quality of life. *Soc Sci Med*. 1997;44(5):601-608.
8. Slade GD, Spencer AJ. Development and evaluation of the Oral Health Impact Profile. *Community Dent Health*. 1994;11(1):3-11.
9. Miotto MH, Barcellos LA, Velten DB. Evaluation of the OHIP-14 in adults in Brazil. *Rev Odontol UNESP*. 2012;41(2):100-106.
10. Afonso AC, Silva I. *Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde Oral e Variáveis Associadas: Revisão Integrativa*. *Psicologia, Saúde e Doenças*. 2015;16(3):311-330.
11. Duque-Duque V, Tamayo-Castrillón J, Echeverri-Cadavid P, et al. Calidad de vida relacionada con la salud bucal en adultos mayores. *CES Odontología*. 2013; 26:10-23.

12. Habashneh R, Khader YS, Salameh S. Periodontal disease and oral health-related quality of life. *J Oral Sci.* 2012;54(2):113-120.
13. Miettinen O, Lahti S, Sipilä K. Psychosocial aspects of temporomandibular disorders. *Acta Odontol Scand.* 2012;70(6):541-547.
14. Petersen PE. The World Oral Health Report 2022. Geneva: WHO; 2022.
15. Yee R, Sheiham A. The burden of restorative dental treatment for children in developing countries. *Int Dent J.* 2002;52:1-9.
16. Peres MA, Macpherson LMD, Weyant RJ, et al. Oral diseases: a global public health challenge. *Lancet.* 2019;394(10194):249-260.
17. Direção-Geral da Saúde. *Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral – Relatório 2024.* Lisboa: DGS; 2024.
18. Reibel J. Tobacco and oral diseases: update on the evidence. *J Oral Pathol Med.* 2003;32:371-373.
19. Kotzer RD, Lawrence HP, Clovis JB, Matthews DC. Oral health-related quality of life in an aging Canadian population. *Health Qual Life Outcomes.* 2012; 10:50.
20. Locker D, Gibson B. The concept of oral health: social impact and health meaning. *Community Dent Health.* 2005;22(1):3-10.
21. Petersen PE, Kwan S. Equity, social determinants and public health programmes – the case of oral health. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2023;51(1):10-18.
22. Watt RG, Daly B, Allison P, Macpherson LMD, Venturelli R, Listl S, et al. Ending the neglect of global oral health: time for radical action. *Lancet.* 2020;395(10219):261–272.
23. Direção-Geral da Saúde. *Plano Nacional de Saúde 2021–2030.* Lisboa: DGS; 2021.
24. Lucena EHG, da Silva RO, Barbosa ML, de Araújo ECF, Pereira AC, Cavalcanti YW. Influence of socioeconomic status on oral disease burden: a population-based study. *BMC Oral Health.* 2021;21(1):608.

25. Santos IC, De la Torre Canales G, Lopes DG, et al. Socioeconomic inequalities in oral health among Portuguese older adults: a cross-sectional study. *BMC Public Health*. 2024;24:3505.
26. Zhou Y, Zhou L, Zhang W, Chen Y, She K, Zhang H, et al. Prevalence and influencing factors of oral frailty in older adults: a systematic review and meta-analysis. *Front Public Health*. 2024;12:1457187.
27. Galindo-Moreno P, Lopez-Chaichio L, Padial-Molina M, Avila-Ortiz G, O'Valle F, Ravida A, et al. The impact of tooth loss on cognitive function. *Clin Oral Investig*. 2022;26(4):3493-3500.
28. Lombardi A, Alobaidi F, Sabbah W. Impact of adverse socioeconomic conditions on physical and oral health limitations among older American adults. *Cureus*. 2025;17(10):e94363.
29. Steinvik LM, Holde GE, Stein LM. Oral health in young adults: the impact of socioeconomic factors and health literacy. *Int J Environ Res Public Health*. 2025;22(9):1407.
30. Amaral Júnior OL, Menegazzo GR, Fagundes MLB, Tomazoni F, Giordani JMA. Impact of adopting different socioeconomic indicators in oral health research among older adults. *Braz Oral Res*. 2021;35:e040.
31. Dawson ER, Stennett M, Daly B, Macpherson LMD, Cannon P, Watt RG. Upstream interventions to promote oral health and reduce socioeconomic oral health inequalities: a scoping review protocol. *BMJ Open*. 2022;12(6):e059441.
32. Bashirian S, Khoshravesh S, Ayubi E, Karimi-Shahanjarini A, Shirahmadi S, Solaymani PF. The impact of health education interventions on oral health promotion among older people: a systematic review. *BMC Geriatr*. 2023;23(1):548.

33. King S, Thaliph A, Laranjo L, Smith BJ, Eberhard J. Oral health literacy, knowledge and perceptions in a socially and culturally diverse population: a mixed-methods study. BMC Public Health. 2023;23(1):1446.
34. Nascimento GG, Raittio E, Machado V, Leite FRM, Botelho J. Advancing universal oral health coverage via person-centred outcomes. Int Dent J. 2023;73(6):793-799.